

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
MONTERÍA, 2019**



**JULIANA GISSELE HERAZO COGOLLO
MAYLEN MISHELL CABALLERO RAMOS**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CORDOBA
AÑO, 2019.**

**AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
MONTERÍA, 2019**

**JULIANA GISSELE HERAZO COGOLLO
MAYLEN MISHHELL CABALLERO RAMOS**

Asesora temática

**EUGENIA DEL PILAR HERRERA GUERRA
Doctora en Enfermería – Profesora Titular**

Asesora metodológica

**NEILA ESTHER BERROCAL NARVAEZ
Magister en Salud Pública – Profesora Titular**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA
AÑO, 2019.**

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Montería, 6 de diciembre de 2019

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar hasta aquí, a mi hija por ser mi motivación para salir adelante cada día, a Mis padres por creer en mí siempre, a mi esposo por apoyarme día tras día, a todas las personas que siempre estuvieron apoyándome a lo largo de todo este tiempo. Mis amigas(o) Varelys Guzmán, Luis de la Barrera, Leydis Aguirre, Maylen Caballero, y Daniela Manjarrez, que siempre me han apoyado en días difíciles y muchas veces la motivación que necesité.

Juliana Gissele Herazo cogollo

A Dios, por guiar cada uno de mis pasos y no permitir que me rindiera en los momentos más difíciles de mi vida, a mi familia, en especial a mi madre quien me regalo la vida y ha sido mi fuerza y soporte; a Tatiana Herrera quien me inspiró y motivó a escoger esta carrera y me ayudó a superar adversidades.

Maylen Mishell Caballero Ramos

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por acompañarme siempre, permitirme alcanzar mis metas, por darme las fuerzas para seguir luchando día a día y ser mi fortaleza en los días difíciles.

A mi hija Ariétt Villalba Herazo, por ser mi mayor motivación para seguir adelante y alcanzar mis objetivos.

A mis padres Rafael Herazo y Orleida Cogollo, por luchar siempre a mi lado y ayudarme a salir adelante cada día y alcanzar esta gran meta.

A mi Esposo Jorge Villalba, por ser mi apoyo incondicional, por creer en mí, estar acompañándome en todo el transcurrir de la carrera y ayudarme alcanzar esta meta.

A mis compañeros y amigos que he conocido a lo largo de mi carrera, por aportar su granito de arena para la realización de este sueño.

A mi compañera de trabajo de grado, por estar apoyándonos para alcanzar este objetivo.

A la Empresa social del Estado donde se realizó el estudio, por dar su aval y a las personas inscritas en el programa de control de Hipertensión arterial que amablemente decidieron participar de forma voluntaria.

A las docentes Neila Berrocal y Eugenia Herrera, por ser nuestras guías durante la realización del trabajo y ayudarnos a alcanzar el objetivo.

Juliana Gissele Herazo cogollo

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco al todopoderoso Dios por guiarme día a día en el transcurso de mi carrera, por permitirme alcanzar esta meta y por darme las fuerzas necesarias para no desfallecer a pesar de los obstáculos presentados.

A mis padres Jorge Caballero y Rosiris Ramos que siempre se han esforzado por brindarme lo mejor de sí, que han trabajado arduamente para darme el mejor legado que un padre le puede dar a un hijo, legado que no se borra, que nos hace crecer y ser competentes, que nos hace contribuir a nuestra sociedad: la educación.

A mis amigas Isabel Hernández y Leidy Aguirre que siempre estuvieron a mi lado brindándome su apoyo incondicional.

A Andrés Hernández que de una u otra manera contribuyó a mi crecimiento personal y profesional a lo largo de mi carrera.

A mi compañera de trabajo de grado por ser mi apoyo y contribuir significativamente para alcanzar esta meta.

A la Empresa social del Estado donde se realizó el estudio, por dar su aval y a las personas inscritas en el programa de control de Hipertensión arterial que amablemente decidieron participar de forma voluntaria.

A las docentes Neila Berrocal y Eugenia Herrera quienes nos orientaron, guiaron y aclararon nuestras dudas durante la realización de este trabajo.

Maylen Mishell Caballero Ramos

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	14
ABSTRACT	15
INTRODUCCIÓN	1
1. OBJETIVOS	5
1.1 GENERAL	5
1.2 ESPECÍFICOS	5
2. MARCO REFERENCIAL	6
2.1 MARCO HISTORICO	6
2.2 MARCO TEÓRICO.....	8
2.2.1 Antecedentes.....	8
2.2.2 Conceptos, supuestos y proposiciones teóricas.	10
2.2.4 Utilidad de la teoría en la práctica y la investigación.....	15
2.3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	17
2.4 MARCO CONCEPTUAL	27
2.4.1 Autocuidado en enfermedad crónica.	27
2.4.2 Enfermedad crónica.....	27
2.4.3 Hipertensión arterial.....	28
2.4.4 Enfermería en salud pública.	28
2.5 MARCO LEGAL	28
3. METODOLOGÍA	32
3.1 TIPO DE ESTUDIO	32
3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO.....	32
3.3 POBLACIÓN	33
3.4 MUESTRA.....	33
3.4.1Calculo de la muestra.	33
3.4.2 Tipo de muestreo	33
3.4.3 Unidad de análisis.....	34
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	34
3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	34
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	37
3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
3.9.1 Principios éticos	38
3.9.2 Tipo de riesgo.	39
3.9.3 Consentimiento informado.	39
4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	40
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA	40
4.2 ÍNDICE DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON HTA.....	42
4.2.1 MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO.....	44
4.2.2 GESTION DEL AUTOCUIDADO	48
4.3 FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS ADULTAS CON HTA.....	51
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES.....	59
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	67

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Estudios realizados en Colombia relacionados con el Autocuidado en HTA.....	25
Tabla 2. Muestreo estratificado que define la muestra (n) en cada sede de la ESE.	34
Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra (n=368). Autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.....	40
Tabla 4. Características clínicas de la muestra (n=368). Autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.	41
Tabla 5. Índice de autocuidado global según dimensión en personas adultas con HTA. Montería, 2019.....	42
Tabla 6. Distribución de resultados en la dimensión Mantenimiento del autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.	44
Tabla 7. Distribución de resultados en gestión del autocuidado en personas adultas con HTA (n=40). Montería, 2019.	49
Tabla.8 Promedio del índice de autocuidado según la edad en personas adultas con HTA. Montería, 2019.	51
Tabla.9 Promedio del índice de autocuidado según el género en personas adultas con HTA. Montería, 2019.	53
Tabla 10. Promedio del índice de autocuidado según el nivel educativo en personas adultas con HTA. Montería, 2019.....	54

LISTA DE GRÁFICAS

pág.

Gráfica.1 Promedio del índice de autocuidado según la edad en personas adultas con HTA. Montería, 2019.....	52
Gráfica.2 Promedio del índice de autocuidado según el género en personas adultas con HTA. Montería, 2019	53
Grafica 3. Promedio del índice de autocuidado según el nivel educativo en personas adultas con HTA. Montería, 2019.....	55

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Representación de la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica....28

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Ficha de características sociodemográficas y clínicas de la muestra...	72
Anexo B. Inventario del autocuidado de la hipertensión (versión en español).....	75
Anexo C. Consentimiento informado.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS

HTA: Hipertensión arterial

TRM: Teoría de rango medio

ECNT: Enfermedades crónicas no transmisibles

PA: Presión arterial

ECA: Ensayo controlado aleatorizado

E.S.E: Empresa social de estado

RESUMEN

Objetivo. Evaluar el índice de autocuidado en personas adultas con hipertensión arterial inscritas en el Programa de control en una Empresa Social del Estado de Montería-Córdoba.

Metodología. Eestudio descriptivo cuantitativo transversal. Del total de la población (N= 8.663) se tomó una muestra de 368 adultos con hipertensión arterial. Se aplicó el instrumento *Self-Care of Hypertension Inventory* en su versión en español. Los datos fueron analizados según la estadística descriptiva. En todo el estudio se dio cumplimiento a los criterios éticos de la investigación en seres humanos.

Resultados. La puntuación media del índice de autocuidado fue baja tanto para el mantenimiento del autocuidado [Media 57: DE 11] como para gestión del autocuidado [Media 45: DE 11]. Llas acciones que influyeron en la baja puntuación en el de mantenimiento de autocuidado fueron el ejercicio y la dieta y en la gestión del autocuidado con el reconocimiento de los síntomas.

Conclusión. En la mayoría de los participantes el índice de autocuidado estuvo por debajo de la puntuación media (<70), tanto en mantenimiento (87%) como en gestión del autocuidado (90%).

Palabras clave: enfermedad crónica, hipertensión arterial, enfermería en salud pública, autocuidado (DeCS – MeSH).

ABSTRACT

Objective. Evaluate the self-care index in adults with hypertension enrolled in the Control Program in a Social Enterprise of the State of Monteria-Córdoba.

Methodology. Descriptive cross-sectional descriptive study. A sample of 368 adults with arterial hypertension was taken from the total population (N = 8,663). The Self-Care of Hypertension Inventory instrument was applied in its Spanish version. Data were analyzed according to descriptive statistics. Throughout the study, the ethical criteria of research in human beings were fulfilled.

Results The average self-care index score was low for both self-care maintenance [Average 57: DE 11] and for self-care monitoring [Average 45: DE 11]. The actions that influenced the low score in the maintenance of self-care were exercise and diet and in the management of self-care with the recognition of symptoms.

Conclusion. In most of the participants, the self-care index was below the average score (<70), both in maintenance (87%) and in self-care monitoring (90%).

Keywords: Hypertension, public health nursing, chronic illness, self-care.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se caracterizan por tener una larga duración y por ser de progresión lenta o de evolución prolongada¹. La hipertensión arterial (HTA) es una ECNT que genera una gran carga desde distintos puntos de vista, tales como: económico, psicológico y social; también, presenta múltiples factores de riesgo clasificados en modificables y no modificables que generan un gran impacto en los países en vía de desarrollo².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)³, las ECNT constituyen el principal obstáculo en la prolongación de la vida. A nivel mundial la HTA, es reconocida como el más importante factor de riesgo coronario, responsable de una alta incidencia en las enfermedades cerebrovasculares y se estima que esta enfermedad provoca cada año casi 9,4 millones de muertes por enfermedades del corazón.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴, Entre un 20% y 35% de la población adulta de América latina y el Caribe padecen de HTA. Es importante resaltar que en Argentina, Colombia, Brasil y Chile sólo el 57.1% de la población adulta sabe que padece HTA, lo que contribuye a un bajo nivel de control poblacional. Uno de cada tres adultos en todo el mundo sufre HTA y uno de cada

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas. 2019 [en línea] < https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ > [citado el 15 de noviembre de 2019]

² BIOMEDICA. Las enfermedades crónicas. 2018 [en línea] < <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016> > [citado el 16 de noviembre de 2019]

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Día mundial de la hipertensión 2017: conoce tus números 2017 [en línea] < https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es > [citado el 26 de mayo de 2019]

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Día Internacional de la Hipertensión Arterial 2014 [EN LÍNEA]. 2014. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2014/05/17/219898.php [citado 26 Mayo 2019]

tres adultos con HTA lo desconoce así mismo uno de cada tres adultos con HTA en tratamiento no consigue controlar sus cifras de presión arterial.

Según la Sociedad Española de Cardiología y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESC-ESH)⁵, la prevalencia mundial de HTA en el 2015 fue estimada en 1.130 millones, que en la población adulta ocupa alrededor de un 30 a 45%, con una prevalencia global estandarizada por edad del 24% en hombres y el 20% en mujeres; siendo más frecuente en edades avanzadas que alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de mayores de 60 años.

A nivel nacional la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular⁶, dio a conocer que en Colombia la prevalencia de HTA en personas de 18 a 69 años afiliados al Sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el año 2015 fue de 7.23%.

Entre tanto en el departamento de Córdoba según el Ministerio de Salud en el año 2011 la prevalencia fue de 2,75 % en el año 2015 casi se duplicó con una prevalencia de 5,0%⁷, lo que evidencia que la prevalencia tiene un comportamiento ascendente.

Ante este panorama mundial, nacional y local, Enfermería como disciplina practica tiene una gran responsabilidad en el cuidado de las personas con HTA en los diferentes niveles de atención.

⁵ SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. 2018 [en línea] < https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=FDEA090A1D61C13674F12AA5A347057E?sequence=1 > [citado el 16 de junio de 2019]

⁶ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Hipertensión: realidad de la enfermedad.2016 [en línea] < <http://corazonesresponsables.org/cuidado-corazon/hipertension/#top> > [citado el 26 de mayo de 2019]

⁷ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Día mundial de la hipertensión arterial Colombia – mayo 17. 2017. [en línea] < <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf> > citado el 15 de noviembre de 2019]

En el nivel primario se encuentra la Atención Primaria en Salud (APS), la ley 1438 2011 la define como⁸, la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar mayor bienestar en los usuarios.

En el ámbito de la atención primaria en salud el “profesional de enfermería tiene, entre sus principales objetivos, conseguir que las personas sanas se mantengan sanas y que aquellas que tienen un problema de salud, sean capaces de adoptar las medidas necesarias para lograr el mayor nivel de autonomía, el más alto nivel de salud y calidad de vida”⁹.

Teniendo en cuenta que “las ECNT son de larga duración y de progresión lenta, y que sus complicaciones generalmente se ven marcadas por un déficit del autocuidado, lo cual los lleva a un deterioro de la calidad de vida, tanto del paciente como de la familia e incluso de la comunidad”¹⁰.

Debido lo anteriormente expuesto se hace necesario estudiar el comportamiento de autocuidado en las personas que tienen ECNT como la HTA. Por tanto, el estudio realizado consiste en evaluar el índice de autocuidado en personas adultas con HTA, en una muestra de 368 de pacientes inscritos en un programa de control de HTA de Montería- Córdoba.

La investigación en enfermería es necesaria para proporcionar evidencia, que se utiliza para apoyar la práctica de enfermería, por tanto, se espera que los resultados

⁸ REPUBLICA DE COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Atención Primaria en Salud [en línea]. Minsalud.gov.co. 2011. < <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx>> [citado 13 Diciembre 2019].

⁹ CERDA, M. Autocuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. [en línea].2015. [consultado 11 Sep. 2019]. Disponible en < <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Universidades-saludables-2013-NIC-001-Resena-Nacional.pdf> >

¹⁰ Ibíd. p. 7.

del estudio proporcionen el conocimiento necesario para explicar y comprender los comportamientos de autocuidado en las personas con HTA y pueda ser utilizada para apoyar la práctica de enfermería.

Así mismo se espera que los datos empíricos derivados de la investigación puedan servir para desarrollar, revisar y aplicar la Teoría del Autocuidado en enfermedades crónicas en el contexto nacional y local con el objetivo de crear resultados sólidos basados en evidencia frente al fenómeno del autocuidado en personas con HTA.

1. OBJETIVOS

1.1 GENERAL

Evaluar el autocuidado en personas adultas con HTA inscritas en el Programa de control de HTA en una Empresa Social del Estado (E.S.E) de la ciudad de Montería-Córdoba.

1.2 ESPECÍFICOS

- Determinar el índice de autocuidado en personas adultas con HTA.
- Describir las acciones de mantenimiento y gestión del autocuidado en las personas adultas con HTA.
- Identificar los factores socioeconómicos y clínicos que influyen en el mantenimiento y gestión del autocuidado, en las personas adultas con HTA.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO HISTORICO

La historia del estudio de la HTA se inició en Grecia; los primeros griegos dieron a conocer que las arterias eran contenedoras de aire, al descubrir que al disecar los cadáveres las arterias se encontraban vacías. Aristóteles (384-322 a.c) dio a conocer que la sangre tenía su origen en el corazón y nutria el organismo. Posteriormente en Roma Galeno (129-199 d.c), revela que las arterias transportan la sangre y demostró su pulsación¹¹.

En la edad moderna, Harvey (1578-1657) descubrió la circulación de la sangre y el papel del corazón en su propulsión. Dio a conocer que las aurículas y ventrículos se contraían, y que las válvulas eran unidireccionales. Años más tarde Malphigi descubre a través del microscopio diminutos vasos sanguíneos (capilares) que conectaban las arterias con las venas en los pulmones de las ranas¹². Por su parte el inglés Hales canalizó la arteria de una yegua con un tubo de vidrio y observó como la columna de sangre ascendía con cada latido. A partir de estos hallazgos los médicos europeos empezaron a utilizar esta técnica para medir las cifras tensionales en los pacientes¹³.

¹¹ SERPA FLOREZ, FERNANDO. Datos históricos sobre la hipertensión arterial: breve recuento histórico [en línea] < http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/datos_historicos.pdf > [citado el 25 de mayo de 2019]

¹² HISTORIAS DE LA CIENCIA. La presión arterial, 2005 [en línea] < <http://www.historiasdelaciencia.com/?p=51> > [citado el 25 de mayo de 2019]

¹³ SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. Los astrofísicos, Stephen Hales y la primera medición de la presión arterial. 2017 [en línea] < <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/los-iatrofisicos-stephen-hales-y-la-primera-medicion-de-la-presion-arterial/> > [citado el 25 de mayo de 2019]

A principios del siglo XIX, Poiseuille introdujo la unidad de medida de presión arterial en milímetros de mercurio, para ello empleo un tubo corto con mercurio, en vez del tubo propuesto por Hales. La conexión con la arteria se hacía con una cánula rellena de carbonato de potasio para evitar la coagulación¹⁴.

Así mismo en 1896 Riva-Rocci inventó el esfigmomanómetro utilizando un brazalete neumático colocado sobre el brazo para constreñir la arteria braquial y en 1905 Sergeievich Korotkoff describió los sonidos que se escuchan al momento de auscultar la tensión arterial. Obteniéndose así la técnica oficial para la toma de la tensión arterial¹⁵.

El concepto de HTA inicialmente se dio a conocer como una manifestación de un proceso patológico primario definido; se consideró el resultado de una enfermedad, generalmente renal, que causaba el trastorno vascular, cardíaco y como resultado una apoplejía. Este concepto se mantuvo hasta la década de los años 30 en el siglo XX. Años más tarde se evidenciaron presiones arteriales elevadas sin asociación con otra patología, lo cual ocasionó que se encontraran dos tipos de HTA esencial e idiopática o primaria¹⁶.

¹⁴ SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. Los astrofísicos, Stephen Hales y la primera medición de la presión arterial. 2017 [en línea] < <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/los-iatrofisicos-stephen-hales-y-la-primera-medicion-de-la-presion-arterial/> > [citado el 25 de mayo de 2019]

¹⁵ SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. Cómo tomamos hoy la presión arterial: Riva Rocci y Korotkov. 2017 [en línea] < <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/como-tomamos-hoy-la-presion-arterial-riva-rocci-y-korotkov/> > [citado el 25 de mayo de 2019]

¹⁶ GARCIA BARRETO, DAVID. Historia de la hipertensión. 2010 [en línea] < <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf> > [citado el 17 de junio de 2019]

Actualmente el Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la *European Society of Hypertension* (ESH) en la Guía sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial 2018¹⁷, la HTA se define como una PAS \geq 140 mmHg o una PA diastólica(PAD) \geq 90 mmHg, Esta definición se basa en la evidencia de múltiples ensayos clínicos controlados ECA que indica que el tratamiento de los pacientes con estos valores de PA es beneficioso .Se utiliza la misma clasificación para jóvenes, adultos de mediana edad y ancianos¹⁸.

2.2 MARCO TEÓRICO

El marco teórico del presente estudio se sustenta en la Teoría de Rango Medio (TRM) del Autocuidado en enfermedad crónica de las enfermeras norteamericanas Barbara Riegel, Tiny Jaarsma y Anna Strömberg, que se describe a continuación.

2.2.1 Antecedentes.

La TRM del Autocuidado en enfermedad crónica fue publicada en el año 2012¹⁹, se desarrolló a partir de la Teoría de Situación Específica del Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca y de la Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem. Surgió a partir de la práctica clínica del cuidado de adultos con insuficiencia cardíaca. Las experiencias clínicas ilustraron los desafíos que los pacientes tenían para cuidarse a sí mismos cuando sus decisiones debían ser congruentes con las necesidades dictadas por su condición crónica.

¹⁷ GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA (ESC) Y LA EUROPEAN SOCIETY OF HIPERTENSIÓN (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(2):160.e1-e78.p.6.

¹⁸ Ibid. p 6-7.

¹⁹ RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. Adv Nurs Sci. 2012. (35), 3, 194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba. [Citado el 28 de julio de 2019].

Las autoras exponen las siguientes diferencias entre la Teoría de autocuidado de Orem y la TRM del autocuidado de enfermedades crónicas²⁰:

- La teoría de Orem se centra en el autocuidado de forma general y la TRM del autocuidado de enfermedades crónicas se centra en el autocuidado de enfermedades crónicas.
- Orem define el autocuidado como "la práctica de actividades que las personas inician y realizan en su propio nombre para mantener la vida, la salud y el bienestar" .La TRM del autocuidado de enfermedades crónicas aborda principalmente el proceso de autocuidado en lugar de actividades específicas.
- Orem incluye aspectos de la atención dependiente cuando otros (agentes de autocuidado) inician y realizan actividades para mantener la vida, la salud y el bienestar. Especifica cómo las enfermeras promueven el autocuidado y evalúan las demandas, habilidades y déficits de autocuidado para apoyar a los pacientes en su autocuidado. La TRM del autocuidado de enfermedades crónicas se centra principalmente en las personas.
- Una suposición de la teoría de Orem, sostiene que cada paciente debe cuidarse a sí mismo, pero cuando se produce un desequilibrio entre las necesidades de autocuidado y las habilidades de autocuidado, se necesita una intervención de enfermería. Por el contrario, el objetivo de la TRM del autocuidado de enfermedades crónicas es codificar los comportamientos y procesos utilizados por las personas que se ocupan del diagnóstico de una enfermedad crónica y la atención que se brinda a las enfermeras es limitada.
- La teoría de Orem limita su teoría a las enfermeras, la TRM del autocuidado de enfermedades crónicas acepta a todos los profesionales de la salud como responsables de promover el autocuidado y de desarrollar intervenciones

²⁰ Ibíd. p 195.

personalizadas que mejoren los resultados para pacientes con enfermedades crónicas.

2.2.2 Conceptos, supuestos y proposiciones teóricas.

La TRM del Autocuidado en enfermedades crónicas define el autocuidado como un proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas de promoción de la salud y el manejo de la enfermedad²¹.

2.2.2.1 Conceptos

Los conceptos centrales de la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica son mantenimiento del autocuidado, monitoreo del autocuidado y gestión del autocuidado, que se definen a continuación²².

- Mantenimiento del autocuidado: hace referencia a aquellos comportamientos realizados por los pacientes con enfermedad crónica para mejorar el bienestar, preservar la salud o mantener la estabilidad física y emocional.

Los comportamientos de mantenimiento del autocuidado reflejan las recomendaciones de los proveedores de salud, relacionados con el estilo de vida (por ejemplo, dejar de fumar, preparar alimentos saludables, lidiar con el estrés) o el régimen médico (por ejemplo, tomar los medicamentos según lo prescrito). Estas actividades pueden ser impuestas por otros (por ejemplo, profesionales de la salud o miembros de la familia).

- Monitoreo del autocuidado: se refiere al proceso de observarse a sí mismo en busca de cambios en los signos y síntomas. Es un proceso de monitoreo corporal rutinario y vigilante, vigilancia o “escucha corporal”.

El monitoreo es un comportamiento humano normal. El objetivo del monitoreo es reconocer que se ha producido un cambio. Ese cambio puede estar relacionado

²¹ Ibíd. p 196.

²² Ibíd. p 196.

con una enfermedad crónica o no. El reconocimiento de un cambio físico se ve facilitado por la conciencia somática, definida como la sensibilidad a las sensaciones físicas y la actividad corporal. El reconocimiento de un cambio emocional se ve favorecido por la percepción personal y la conciencia interpersonal.

Para las personas con enfermedades crónicas, el reconocimiento de signos o síntomas comienza el proceso de toma de decisiones sobre qué acción se necesita. Cuando los signos y síntomas se detectan temprano y se comprende su gravedad, se pueden tomar medidas antes de que la situación empeore. Los pacientes que son expertos en el monitoreo del cuidado personal pueden comunicar información a un profesional de la salud que facilitará la capacidad del proveedor para brindar la mejor atención. El monitoreo del cuidado personal es el vínculo entre el mantenimiento del autocuidado y la gestión del autocuidado.

- **Gestión del autocuidado:** se define como la respuesta ante los signos y síntomas cuando ocurren. Implica una evaluación de los cambios en los signos y síntomas físicos y emocionales para determinar si es necesaria una acción. Estos cambios pueden deberse a una enfermedad, tratamiento o al medio ambiente. También implica la implementación del tratamiento y la evaluación del tratamiento.

Los tratamientos a menudo son específicos de los signos y síntomas de una enfermedad crónica particular. Otro punto importante sobre la gestión del autocuidado es que el tratamiento indicado puede requerir la consulta con un proveedor de atención médica.

En este contexto, la conciencia de la situación implica estar alerta a las sensaciones corporales (conciencia somática) y la capacidad de determinar de manera confiable cómo cambian estas sensaciones en respuesta a los tratamientos implementados.

2.2.2.2 Supuestos teóricos.

En TRM del Autocuidado en enfermedad crónica²³ se dan a conocer tres supuestos (premisas aceptadas sin pruebas).

1. Existen diferencias entre el autocuidado general y el autocuidado específico de la enfermedad. El autocuidado general es un proceso dinámico y subjetivo influenciado por la edad, el género, la cultura, la educación, el estado socioeconómico, etc. El autocuidado que se produce en asociación con una enfermedad crónica está circunscrito e influenciado por otros.
2. La toma de decisiones requiere la capacidad de enfocar la atención, pensar, la capacidad suficiente para la memoria de trabajo y la capacidad de comprender y sopesar la información.
3. El autocuidado para pacientes con múltiples comorbilidades puede ser conflictivo cuando se considera el autocuidado para cada enfermedad por separado y cuando los pacientes intentan incorporar consejos de múltiples proveedores.

2.2.2.3 Propositiones teóricas.

La TRM del Autocuidado en enfermedades crónicas²⁴, plantea siete proposiciones, las cuales son:

1. Existen similitudes centrales en el autocuidado de diferentes enfermedades crónicas. Por ejemplo, los pacientes con cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, artritis, etc., necesitan monitoreo de autocuidado.
2. La experiencia personal previa con una enfermedad o en el cuidado de alguien con una enfermedad similar o con necesidades de autocuidado similares aumenta

²³ Ibíd. p 198

²⁴ Ibíd. p 199

la calidad del autocuidado. Es decir, los procesos de autocuidado se aprenden y ese aprendizaje puede ocurrir a través de la experiencia personal o durante el proceso de cuidar a alguien más.

3. Los pacientes que se dedican al autocuidado que es intencional pero no reflexivo tienen una capacidad limitada para dominar el autocuidado en situaciones complejas. El autocuidado es un proceso aprendido, por lo que aquellos que no reflexionan sobre lo que están aprendiendo tienen dificultades para lograr un alto nivel de dominio. El autocuidado reflexivo se puede aprender.

4. Los malentendidos, los conceptos erróneos y la falta de conocimiento contribuyen a un autocuidado insuficiente. Esta propuesta captura la relación entre los pacientes y los proveedores que dedican sus carreras a ayudar a los pacientes a dominar el conocimiento necesario para el autocuidado.

5. El dominio del mantenimiento del autocuidado precede al dominio de gestión del autocuidado porque el mantenimiento del autocuidado es menos complejo que la toma de decisiones requerida para la gestión del autocuidado

6. El monitoreo de autocuidado para detectar cambios en los signos o síntomas es necesario para un manejo efectivo del autocuidado porque no se puede tomar una decisión sobre un cambio a menos que se haya notado y evaluado.

7. Las personas que realizan autocuidado basado en evidencia tienen mejores resultados que aquellos que realizan autocuidado que no se basa en evidencia.

2.2.3 factores que influyen en el autocuidado

Según la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica²⁵, existen diferentes factores que sirven como barreras y facilitadores para el proceso de autocuidado, que se describen a continuación:

²⁵ Ibíd. p 201.

Experiencia y habilidad. La experiencia es un contribuyente poderoso para el desarrollo de habilidades en el autocuidado. Las experiencias previas se utilizan para identificar rápidamente patrones que proporcionan pistas relevantes, sugerir resultados esperados asociados con respuestas específicas y señalar objetivos y acciones razonables en tipos específicos de situaciones.

La habilidad en el autocuidado es esencial y los pacientes deben tener la capacidad de planificar, establecer objetivos y tomar decisiones. La experiencia también contribuye al desarrollo de la habilidad, aunque algunos pacientes pueden tener años de experiencia con una enfermedad en particular y nunca desarrollar habilidades en el autocuidado.

El desafío para los profesionales de la salud es identificar lo que los pacientes han aprendido de la experiencia, discernir si lo que se sabe es correcto y facilitar el desarrollo de las habilidades necesarias para el autocuidado.

Motivación. Muchos comportamientos de autocuidado son provocados e impulsados por motivadores extrínsecos (impulsada por un deseo interno de realizar una tarea particular porque esa tarea da placer), al menos inicialmente. Es decir, el individuo puede no estar motivado internamente para realizar un comportamiento, pero la percepción de otras personas significativas con respecto a la importancia de realizar el comportamiento puede motivar el autocuidado. La motivación intrínseca debe surgir del deseo de asimilar y aprender e incluye aspectos de disfrute e interés.

Creencias y valores culturales. El autocuidado puede considerarse muy importante en países y culturas donde se valora la independencia, pero en algunas culturas el autocuidado no es importante. A veces, consejos de autocuidado podría contradecir las creencias culturales.

Confianza. El autocuidado está fuertemente influenciado por actitudes y creencias como la autoeficacia, definida como la confianza que uno tiene en la capacidad de realizar una acción específica y persistir en realizar esa acción a pesar de las

barreras. La confianza en el autocuidado es la capacidad de realizar el autocuidado en cada etapa del proceso de autocuidado.

Hábitos. Algunos pacientes se acostumbran a realizar ciertos comportamientos de cuidado personal y el cuidado personal se convierte en parte de su rutina diaria. Sin embargo, para otros pacientes, el autocuidado se considera "trabajo". Quizás aquellos que tienen más éxito en el autocuidado son los que estén dispuestos a adoptar comportamientos impuestos hasta que estos comportamientos evolucionen en hábitos con el tiempo.

Habilidades funcionales y cognitivas. Realizar el autocuidado requiere la capacidad funcional de participar en los comportamientos requeridos (por ejemplo, el equilibrio en una escala). Los problemas de audición, visión, destreza manual y energía pueden dificultar el autocuidado. Las enfermedades crónicas se asocian comúnmente con déficits cognitivos que pueden hacer que el autocuidado sea desafiante.

Apoyo de otros. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas reconocen las contribuciones esenciales (comunicación, toma de decisiones y reciprocidad) de familiares y amigos, un proceso denominado atención compartida cuando involucra a dos adultos competentes.

Acceso a la atención. Una gran proporción de las personas con una enfermedad crónica carecen de acceso a proveedores dentro del sistema de atención médica organizado por una variedad de razones (por ejemplo, económica, ubicación). Sin acceso a proveedores de atención médica, los resultados asociados con las enfermedades crónicas suelen ser pobres.

2.2.4 Utilidad de la teoría en la práctica y la investigación

En la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica²⁶, explica que, en la práctica clínica, la teoría se puede utilizar para estructurar una evaluación, de qué parte del

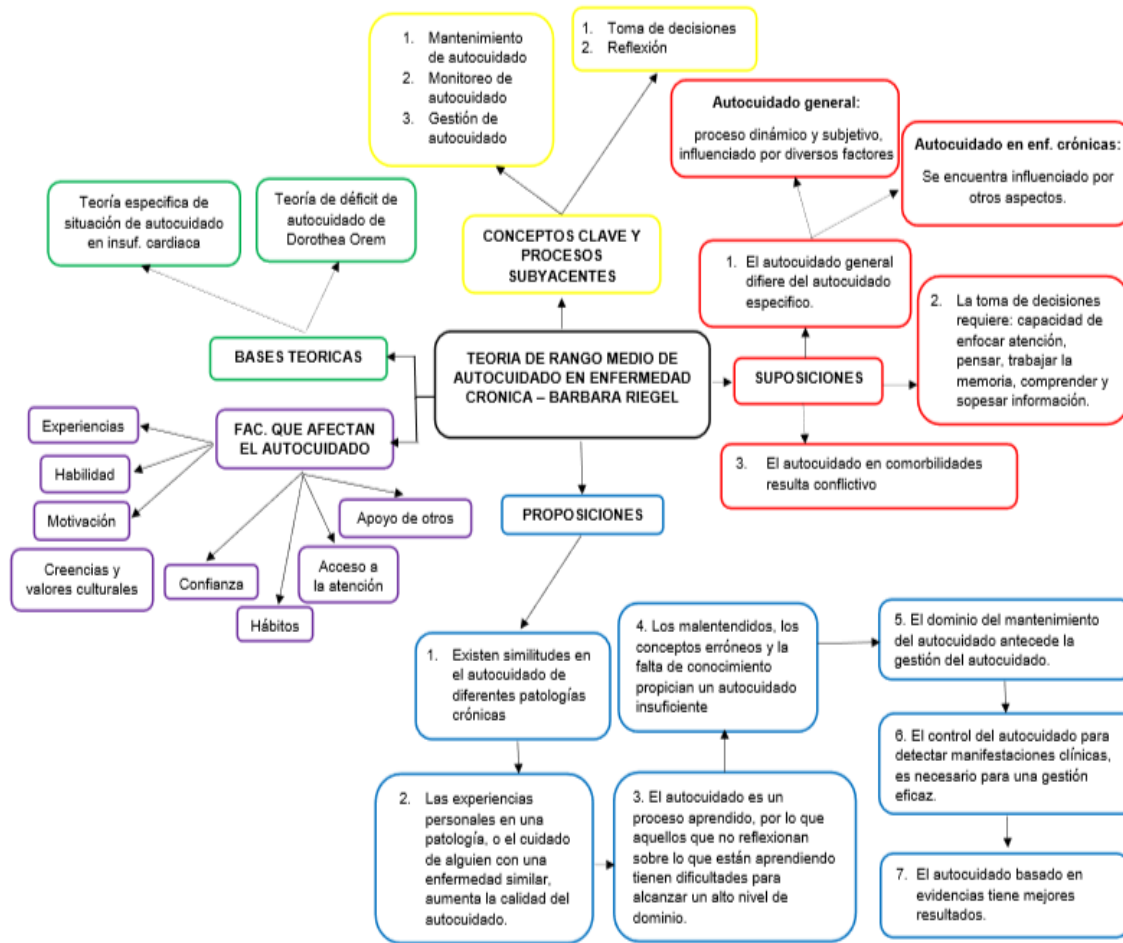
²⁶ Ibíd. p 204.

proceso de autocuidado está luchando un paciente en particular. Alguien que no puede reconocer los síntomas necesita una intervención muy diferente a alguien que es pobre en el mantenimiento del cuidado personal. Con la evaluación de las dificultades del proceso en el paciente, se busca conducir a una intervención personalizada que puede ser más ventajosa y rentable que una intervención general que aborde las áreas de autocuidado que el paciente ya ha dominado.

Según las autoras la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica es de utilidad para la investigación porque proporciona una estructura que puede enfocar los esfuerzos de investigación y acelerar el logro de resultados que pueden traducirse en la práctica clínica. Recomiendan realizar investigaciones de medidas de autocuidado para diversas enfermedades crónicas basadas en la teoría en diferentes grupos culturales.

A continuación, se muestra en la figura 1 resumen de la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica

Figura 1. Representación de la TRM del Autocuidado en enfermedad crónica



Fuente: elaboración propia

2.3 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A continuación, se describen los estudios que por su evidencia empírica entendida como la evidencia científica que permite que otros investigadores examinen las suposiciones o hipótesis empleadas para ver si los hechos son relevantes para apoyar o refutar la hipótesis.

En el año 2017 Tafur et al²⁷, en Perú realizaron el estudio Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor con el fin de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado, en estudio cuantitativo correlacional con una muestra de 52 adultos mayores de ambos sexos. Los resultados revelaron sobre la hipertensión arterial el 78.8% presentaron nivel de conocimiento inadecuado sobre HTA y que el 84.6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado, hallando una fuerte asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado ($\chi^2 c = 16.435$ y un $p = 0.000 < \alpha = 0.05$).

Por su parte Morales²⁸, en este mismo año en Perú realizó un estudio cuantitativo correlacional para determinar la relación entre sobre estilos de vida y el autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, en una muestra de 70 adultos mayores en un hospital. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPSI-I) de Nola Pender y el cuestionario Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Achury, Sepúlveda, Rodríguez. Hallaron que en el 57% de los pacientes tiene un estilo de vida saludable y en el 80% de los pacientes un adecuado autocuidado. Los resultados indican una relación estadísticamente significativa ($\text{sig.} = 0.040 < 0.05$) al 95% de confianza entre el estilo de vida y el autocuidado.

²⁷ TAFUR, C., VASQUEZ, L., KEIKO, M. AND REINA, N. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos. 2017. [en línea] Repositorio.unapiquitos.edu.pe. <<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4871>> [citado 15 nov. 2019].

²⁸ MORALES, BERY. Estilos de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial [en línea]. repositorio universidad de san pedro. 2019. <<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/5940>> [citado 15 Noviembre 2019].

Heredia²⁹, también estudio las habilidades de autocuidado en pacientes con HTA en Perú, según la teoría Dorothea Orem en el puesto de salud local, fue un estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, la muestra de estudio estuvo conformada por 40 pacientes. El 47% tuvo habilidades de autocuidado medio, 28% bajo y un 25% alto.

Warren et al³⁰, en EEUU realizaron un estudio con el objetivo de determinar la asociación entre la autoeficacia para controlar la hipertensión y seis comportamientos de autocuidado de hipertensión clínicamente prescritos entre adultos afroamericanos. Entrevistaron a 190 afroamericanos, más de la mitad (59%) de los participantes informaron tener una buena autoeficacia para controlar su hipertensión. La buena autoeficacia se asoció estadísticamente con una mayor prevalencia de adherencia a la medicación, comer una dieta baja en sal, participar en actividad física, no fumar y practicar técnicas de control de peso. Los autores concluyen que la autoeficacia está fuertemente asociada con el cumplimiento de cinco de las seis actividades de autocuidado prescritas.

Bilal et al³¹, evaluaron las prácticas de autocuidado, el conocimiento y la conciencia de la hipertensión en pacientes con HTA en Pakistan, en un estudio descriptivo transversal en 664 pacientes hipertensos, que fueron seleccionados por muestreo de conveniencia no probabilístico del departamento de cardiología ambulatorio de tres hospitales de atención terciaria. Las entrevistas cara a cara se realizaron utilizando un cuestionario diseñado previamente, Los resultados

²⁹ HEREDIA I. Habilidades de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial según la teoría de Dorothea Orem puesto de salud Policía Nacional del Perú Caraballo diciembre - 2017 [en línea]. Repositorio.upsjb.edu.pe. 2017.< <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/900> > [citado 15 Nov 2019].

³⁰ WARREN J, SEYMOUR R, BRUNNER R. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults [online]. Journal of Community Health. 2017. <<https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-011-9410-6>> [cited 15 November 2019]

³¹ BILAL M, SIDDIP K, SAAD M, SHAHNAWAZ W, AHMED B. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients. [Online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database. 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26383212> [cited 16 November 2019].

indicaron que existe un conocimiento general inadecuado de la hipertensión entre los pacientes cardíacos y no reconocen la importancia de los niveles elevados de presión arterial sistólica. Recomiendan iniciar programas que generen conciencia en la comunidad sobre las complicaciones a largo plazo de la hipertensión no controlada, particularmente niveles elevados de presión arterial sistólica para que haya una mejora en las prácticas de autocuidado de los pacientes.

Gu et al³², en China realizaron un estudio para Investigar las correlaciones entre el conocimiento de los pacientes hipertensos sobre la hipertensión, el conocimiento de la educación sobre la hipertensión, los comportamientos de autogestión y el control de la hipertensión, en 5 centros de salud comunitarios. Se estudiaron 3.328 pacientes hipertensos, incluidas 1.935 mujeres y 1.390 hombres. Los resultados revelaron que el control fallido de la HTA se asocia significativamente con antecedentes de enfermedad crónica y niveles bajo de autocuidado.

Chang et al³³, en Corea estudiaron los factores que afectan el autocuidado en pacientes de edad avanzada con hipertensión, evaluaron nueve variables derivadas del modelo de autocuidado en enfermedades crónicas y estudios previos en 306 pacientes de edad avanzada con hipertensión. Se utilizó un diseño de investigación descriptivo. El análisis de regresión gradual se realizó analizando predictores de autocuidado, los resultados indicaron que solo cuatro variables fueron significativas, y el modelo explicó el 57% de la varianza en el autocuidado. Entre estos predictores, el empoderamiento fue el predictor más fuerte, seguido por el apoyo social, la depresión y la gravedad percibida. Estos hallazgos

³² GU J, ZHANG X, WANT T, CHEN Q. Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China. [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2017.< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280973>>[cited 16 November 2019].

³³ CHANG A, LEE E. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2017.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24954584>> [cited 16 November 2019].

demuestran la importancia de evaluar los predictores del comportamiento de autocuidado al examinar los comportamientos de salud de los pacientes y planificar estrategias de intervención.

Zinat et al ³⁴, en el Sur de Irán, realizaron un estudio sobre comportamientos de autocuidado y factores relacionados en pacientes hipertensos. Este estudio descriptivo transversal se realizó en una muestra de 1836 pacientes hipertensos en centros de salud urbanos y rurales en el sur de Irán. Según los hallazgos, el autocuidado fue bajo por lo que es crucial implementar programas educativos bien diseñados para mejorar los comportamientos de autocuidado de la hipertensión.

En el año 2018 en la ciudad de Manabí (Ecuador) Soledispa³⁵, realizó una investigación con el objetivo de determinar cómo se comporta el autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial del centro de salud. Se realizó un estudio, cuantitativo, descriptivo y analítico, de acción participativa. El tamaño de la muestra fue de 79 adultos mayores obteniendo como resultado que el 44% de los adultos mayores hipertensos no tienen conocimiento sobre su enfermedad.

Este mismo año en Guayaquil (Ecuador) Reyes y Segura³⁶, publican una investigación cuyo objetivo fue analizar la importancia del autocuidado en pacientes con HTA que acuden a un centro de salud para el mejoramiento de la calidad de vida. Un estudio cuantitativo descriptivo, con una muestra de 150 pacientes hipertensos. Según los resultados obtenidos se pudo evidenciar un déficit de autocuidado.

³⁴ ZINAT F, CHAMAN R, SADHEGI E, ESLAMI A. Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2017 .< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5004506/> > [cited 16 November 2019].

³⁵ SOLEDISPA D, JAIME N. Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial [en línea]. Repositorio.unesum.edu.ec. 2019. < <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1662> > [citado 15 Nov 2019].

³⁶ REYES P, SEGURA V. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del área de cobertura del Centro de Salud 29 de abril/. [en línea]. Repositorio.ug.edu.ec. 2018.< <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36246> > [citado 15 Nov 2019].

Flórez et al³⁷ , en Potosí (Bolivia) realizaron un estudio para identificar los factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de pacientes con hipertensión arterial que acuden al seguro universitario. El diseño fue de tipo descriptivo, con abordaje cuantitativo y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 142 personas, los resultados indicaron que en su mayoría el nivel de autocuidado es medio (77,5%); de los diez factores básicos condicionantes que plantea la Teoría de Orem, la edad, el estado de desarrollo, factor del sistema familiar (cuidador), el estado de salud (presión arterial), los factores del ambiente (consumo de verduras, agrega sal), y la educación que el profesional de enfermería debe brindar, tienen una asociación significativa con la capacidad de autocuidado. El 40,8 % de los participantes presento Hipertensión arterial grado I por lo que el estado de salud fue un factor desfavorable para el autocuidado.

En la ciudad de Florencio Varela (Argentina) Lujan et al³⁸, estudiaron el autocuidados de pacientes hipertensos en un estudio de descriptivo, exploratorio de corte transversal en una muestra de 37 pacientes hipertensos, mayores de 50 años internados por otra patología de origen en el servicio de unidad de cuidados intermedios en el Hospital de alta complejidad. Al determinar la relación existente entre el cumplimiento de la dieta y el nivel educativo se encontró que el 80% pacientes hipertensos casi siempre tenían dificultad para cumplir con la dieta alcanzaron un nivel educativo primario completo y el 20%, los que refirieron que a veces tenían dificultad el 61,9% contaban con secundaria incompleta y completa.

³⁷ FLOREZ D, GUTIERREZ M, GUEVARA M, GALLEGOS e. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Potosí, Bolivia [en línea]. Coloquioenfermeria2018.sld.cu. 2018. < <http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1251> > [citado 15 Nov 2019].

³⁸ LUJAN J, OJEDA G, RAMIREZ M, GONA C, PRIORE M. Autocuidados de pacientes hipertensos. [en línea]. Repositorio.hospitalelcruce.org. 2018. < <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/820> > [citado 15 Nov 2019].

Flores y Guzmán³⁹, en Sucre (Bolivia) estudiaron los factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con HTA. La muestra fue conformada por 51 pacientes hipertensos internados en un hospital. Se utilizó el cuestionario para identificar capacidades de autocuidado de Achury et al. Los resultados señalaron una capacidad de autocuidado baja en más del 50%, las variables que se asocian significativamente con capacidad de autocuidado baja fueron los factores condicionantes: edad, patología de base, el consumo de verduras, frutas, agrega sal a sus alimentos y educación recibida por personal de enfermería.

Por su parte Silva et al⁴⁰, en EEUU evaluaron las prácticas de autocuidado de pacientes con HTA en atención primaria de salud. Un estudio descriptivo transversal, realizado con 92 hipertensos. Se identificó como una práctica de autocuidado la ingesta adecuada de agua, consumo de sal y café restringido, período de sueño satisfactorio, abstinencia de fumar y alcoholismo, tratamiento farmacológico continuo y asistencia a citas médicas. La alimentación inadecuada, estilo de vida sedentario, no tenía actividades de ocio, estrés auto informado y conocimiento limitado fueron las prácticas que revelaron déficit de autocuidado.

Kisokanth et al⁴¹, estudiaron la percepciones, actitudes y prácticas de autocuidado sobre el manejo de la hipertensión entre pacientes hipertensos en un hospital de Batticaloa, Sri Lanka el objetivo fue describir la adaptación de las prácticas de autocuidado, actitudes entre los pacientes con hipertensión, El estudio se realizó

³⁹ FLORES D, GUZMÁN F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Bárbara [en línea]. Scielo.org.bo. 2018. <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2225-87872018000100004&script=sci_arttext> [citado 15 Nov 2019].

⁴⁰ SILVA C, DICIERO M, TELXEIRA F, SOUZA E, OLIVEIRA E. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care [online]. rev rene. 2018. https://www.researchgate.net/publication/295839820_Self-care_practice_of_patients_with_arterial_hypertension_in_primary_health_care [cited 15 November 2019].

⁴¹ KISOKANTH G, ET AL .Perceptions, Attitudes and Self-care Practices on Management of Hypertension Among Hypertensive Patients at Teaching Hospital, Batticaloa District, Sri Lanka [online]. The Open Hypertension Journal. 2018.<<https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOHYPERJ-10-1>> [cited 15 November 2019].

con 424 pacientes hipertensos. La mayoría de los pacientes hipertensos creen que los médicos comprenden y se preocupan por su enfermedad y también han desarrollado confianza en el autocuidado.

En EEUU Dickson et al⁴², estudiaron en una población de inmigrantes filipinos las relaciones entre el autocuidado de HTA y la aculturación y la autoeficacia. Los resultados de este estudio revelaron que la autoeficacia se asocia con comportamientos de autocuidado asociados con el manejo de HTA.

En el año 2019 en la ciudad de Dessie (Etiopía) Sewunet et al⁴³, evaluaron las prácticas de autocuidado de la hipertensión y los factores asociados entre pacientes en centros de salud público. Un estudio transversal, 309 pacientes hipertensos (edad media 58,8 años, 53,4% mujeres). Concluyeron que La mayoría de los participantes del estudio informaron malas prácticas de autocuidado. Los factores asociados con la práctica del autocuidado fueron estado civil, la educación, la fuente de información sobre el autocuidado, el lugar para hacer ejercicio, el apoyo social y la agencia de autocuidado.

Gohar et al⁴⁴, en Reino Unido determinaron la prevalencia de los comportamientos de autocuidado en 196 pacientes que acuden a una clínica de hipertensión de atención secundaria. Los resultados revelaron que los pacientes hipertensos utilizan una variedad de métodos de autocuidado, que incluyen

⁴² DICKSON V, COLBERT A, TURCK M. Self-care among Filipinos in the United States who have hypertension. [En línea]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2018.< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422180> > [cited 16 November 2019].

⁴³ SEWUNET A, FEKADU A, DEBELA D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341627> [cited 15 November 2019]

⁴⁴ GOHAR F, GREENFIELD S, BEEVERS D. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2019 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261219>> [cited 16 November 2019].

monitores de presión arterial en el hogar y la adherencia a los medicamentos recetados⁴⁵.

Al realizar la búsqueda de estudios sobre el autocuidado en personas con HTA en Colombia se encontró que la mayoría de los estudios publicados en la base de datos Scielo no son recientes es decir de los últimos años. Los estudios publicados entre los años 2010 y 2019 se resumen en la tabla que se muestra a continuación.

Tabla 1. Estudios realizados en Colombia relacionados con el Autocuidado en HTA

Autores	Titulo	Resultados
Vega Angarita, 2014 ⁴⁶	Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia)	A nivel general se reportó que el 83.1 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta. Con igual tendencia se reportaron las categorías “promoción y funcionamiento del desarrollo personal”, “interacción personal” y “actividad” y “reposo”.
Vega, Suarez y Acosta, 2015 ⁴⁷	Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz.	A nivel global se encontró que un porcentaje representativo de los encuestados (62,5%) presentó mediana capacidad de agencia de autocuidado; el 37,0% alta capacidad y baja un 0,5%. Estos resultados guardan correspondencia con el comportamiento de las respuestas dadas por los participantes a la gran mayoría de los ítems que componen el instrumento. Además plantean un importante desafío para la enfermería en la definición de estrategias de intervención asistencial y educativa que motiven y apoyen a las personas hipertensas, para que sean autosuficientes frente a su propio cuidado, con capacidad de tomar sus propias decisiones y de solventar de manera autónoma sus necesidades en el manejo de su enfermedad.
Herrera Lian, 2014 ⁴⁸	Capacidad de agencia de	El 60,1% son mujeres con un promedio de edad de 60 años, la mayoría están casados, la principal ocupación desempleados

⁴⁵ GOHAR F, GREENFIELD S, BEEVERS D. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2019 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261219>> [cited 16 November 2019].

⁴⁶ VEGA O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 133-145<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a05.pdf>

⁴⁷ VEGA, SUAREZ Y ACOSTA. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev. colomb. enferm. • Abril de 2015 • Volumen 10 • Año 10 • Págs. 45-56 <file:///C:/Users/Hewlett-PAckard/Downloads/579-Art%C3%ADculo-574-1-10-20150821.pdf>

	autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena	(amas de casa) y la principal red de apoyo fue hospitalaria. La capacidad de agencia de auto-cuidado que poseen las personas hipertensas encuestadas fue alta con un 93,0%. Las habilidades halladas que poseen los participantes que les permiten facilitar su auto-cuidado están relacionadas en su mayoría con el tercer componente (capacidad para operacionalizar el autocuidado), definidas como aquellas habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.
Achury et al, 2012 ⁴⁹	Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel	El 81,22% (n = 199) y el 8,16% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10,61% (n = 26) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado alta.
Fernández y Manrique – Abril, 2011 ⁵⁰	Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores	La media total de agencia del autocuidado (ASA) de los adultos mayores fue de 46,8, desviación estándar de 4,6; el 99,6% presentó "baja agencia de autocuidado", en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6, desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm).
Fernández y Manrique-Abril, 2010 ⁵¹	Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del	Después de la intervención educativa, al mes aumentó la agencia de autocuidado en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal. La ganancia en ASA fue significativa entre 20,9 y 31,8 puntos (p=0,00) usando

⁴⁸ HERRERA LIAN. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena. <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2637/1/INFORME%20FINAL%20CAPACIDAD%20DE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20EN%20PACIENTES%20HIPERTENSOS%20DE%20LA%20CONSULTA%20EXTERNA%20DE%20DOS%20INSTITUCIONES%20DE%20II%20Y%20III%20NIVEL%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>

⁴⁹ ACHURY, ET AL. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 14 (2) : 61-83, julio-diciembre de 2012. <file:///C:/Users/Hewlett-PAckard/Downloads/4206-Texto%20del%20art%C3%ADculo-15134-1-10-20130114.pdf>

⁵⁰ FERNANDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av. enferm., Volumen 29, Número 1, p. 30-41, 2011. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>

⁵¹ FERNANDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.2 [citado 2019-12-01], pp.83-97. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200009&lng=es&nrm=iso >.

	adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica	basal en grupos dependientes; y 16,9 a 24 puntos sin medida basal en grupos independientes experimentales. El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado.
--	------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: elaboración propia

A manera de conclusión los estudios tanto a nivel internacional como nacional reportan déficit de autocuidado en los adultos con HTA. Vale la pena destacar que en el repositorio de la Universidad de Córdoba no se encontraron estudios relacionados con el autocuidado en adultos con HTA.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

2.4.1 Autocuidado en enfermedad crónica.

Según Riegel⁵², en su TRM Autocuidado en enfermedades crónicas el autocuidado se define como un proceso de mantenimiento de la salud a través de prácticas de promoción de la salud y el manejo de la enfermedad⁵³.

2.4.2 Enfermedad crónica.

Son las enfermedades que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención⁵⁴.

⁵² RIEGEL B, JAARSMA T, STROMBERG A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness [en línea]. Pdfs.semanticscholar.org. 2012. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/5a85/71e959ac393370b5c413f8d6bbb193a67d54.pdf> [citado 28 mayo 2019]

⁵³ RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A. Op cit., 196.

⁵⁴ DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Enfermería en Salud Pública [en línea]. Decs.bvs.br. <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>> [citado 17 Nov 2019].

2.4.3 Hipertensión arterial.

La HTA se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg medidas en consulta⁵⁵.

2.4.4 Enfermería en salud pública.

Es la especialidad de enfermería que se ocupa de promover y proteger la salud de las poblaciones, mediante el conocimiento de enfermería, ciencias sociales y de salud pública para el desarrollo local, regional, estatal. Está enfocada en la población y orientada a la comunidad, dirigida a la promoción de salud y a la prevención de enfermedades a través de programas educativos, de diagnóstico y prevención⁵⁶.

2.5 MARCO LEGAL

El marco legal de la atención a las personas con HTA en el territorio colombiano se sustenta en las siguientes reglamentaciones:

La Constitución Política de Colombia de 1991⁵⁷, en el capítulo II, artículo 48 reglamenta que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

⁵⁵ GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA (ESC) Y LA EUROPEAN SOCIETY OF HIPERTENSIÓN (ESH). Op cit.,

⁵⁶ DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Enfermería en Salud Pública [en línea]. Decs.bvs.br. < <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/> >[citado 17 Nov 2019].

⁵⁷ REPUBLICA De COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>

Así mismo Constitución Política de Colombia de 1991⁵⁸, en el artículo 49 (modificado por el acto legislativo 2 de 2009 artículo 1°) reglamenta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La Ley 100 de 1993⁵⁹, por la cual se reglamenta el sistema seguridad integral en Colombia en el artículo 152 establece que los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones legales vigentes.

La Ley estatutaria 1751 de 2015⁶⁰, estatutaria del derecho fundamental a la salud, en el artículo 5° asigna al Estado la responsabilidad de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, para ello deberá “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales

La Ley 1753 de 2015 en el artículo 65 establece que el Ministerio de Salud y Protección Social definirá la política integral en salud que recibirá la población residente en el territorio colombiano; que esta será de obligatorio cumplimiento para los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones y que en la definición de dicha política se integrarán los enfoques de Atención Primaria en Salud (APS), Salud Familiar y Comunitaria;

⁵⁸ Ibíd.p.25

⁵⁹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. P. 37.

⁶⁰ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.

articulación de las actividades Individuales y colectivas y el enfoque poblacional y diferencial.

La Resolución 429 de 2016⁶¹, se adoptó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) que busca orientar los objetivos del SGSSS hacia la garantía del derecho fundamental a la salud de la población centrado en el sujeto de atención en salud. En el artículo 5 se contempla como uno de los componentes del MIAS, las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), que corresponden a aquellas herramientas de uso obligatorio por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, entre otros, Entidades Promotoras de Salud (EPS), entidades territoriales, prestadores de servicios de salud, en las que se establecen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención en salud.

Mediante la Resolución 3202 de 2016⁶², se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, y se reglamenta la RIAS para enfermedades no transmisibles incluye la RIA cerebro-cardio-vascular entre las que se encuentra la RIA de HTA y de diabetes.

En el artículo 5 de la Resolución 0429 de 2016⁶³, en consonancia con el artículo 6 de la Resolución 3202 de 2016, se prevén como tipos de RIAS: la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud; la RIAS para eventos específicos y la RIAS de grupos de riesgo. Las RIAS definen e integran las intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y las acciones de gestión de la salud pública, requeridas para la promoción de la salud y la gestión oportuna e integral

⁶¹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.

⁶² REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones

⁶³ REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .Resolución 0429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud

de los principales riesgos en salud de los individuos, las familias y las comunidades.

La Resolución 3280 de 2018⁶⁴, tiene por objeto adoptar los lineamientos técnicos y operativos de la RIAS para la promoción y mantenimiento de la salud y las directrices para su operación, contenidos en los anexos técnicos que hacen parte integral de esta resolución y que serán de obligatorio cumplimiento y se presentan los esquemas de atenciones individuales por momento de curso de vida.

El ciclo de vida adultez comprende de los 29 a los 59 años. Se configura en un proceso dinámico, en donde continúa el desarrollo y las personas son capaces de establecer metas y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlas, configurando sus trayectorias evolutivas personales y aprovechando las oportunidades disponibles en sus contextos. En este sentido, es importante subrayar que los patrones de desarrollo adulto no se configuran en algo novedoso, sino en la consolidación de los aprendizajes previos y un perfilamiento cada vez más claro de la individualidad. Por lo tanto, las intervenciones en este momento de vida permiten consolidar los aprendizajes y fortalecer las capacidades aprendidas para posibilitar el crecimiento y el logro de los objetivos planeados por cada individuo⁶⁵.

En el ciclo de vida vejez las intervenciones correspondientes a este momento vital, que comprende desde los 60 años en adelante, en conjunto buscan la protección de las prácticas de cuidado de la salud adquiridas, la identificación oportuna de exposición a riesgos y la detección temprana de alteraciones que afecten negativamente la salud con el fin de derivarlas para su manejo oportuno⁶⁶.3

⁶⁴ COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3280 (2 agosto 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. Bogotá.D.C., 2018.

⁶⁵ Ibíd. p. 8

⁶⁶ Ibíd. p. 9

3. METODOLOGÍA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con enfoque cuantitativo; la recolección de los datos se realizó durante los meses de septiembre, octubre y noviembre de 2019.

De acuerdo con Hernández, Fernández y Batista⁶⁷, “los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan las variables”.

3.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

El escenario de estudio de la presente investigación fue una Empresa Social del Estado (E.S.E) de primer nivel de atención que recientemente (1 julio de 2019) implementó la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) dispuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la Resolución 3202 de 2016 en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, (Política de Atención Integral en Salud) el sistema de salud, la Ley Estatutaria y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Las RIAS para enfermedades no transmisibles, describen la RIA para la prevención y manejo de la HTA la cual se realiza en la E.S.E escenario del estudio con el objetivo de garantizar el tratamiento y seguimiento a los pacientes hipertensos que se encuentran inscritos en el programa de control.

⁶⁷ HERNANDEZ, FERNÁNDEZ Y BATISTA. Metodología de la investigación. McGraw-Hill, 6 Ed. Bogotá. 2014, p. 92.

3.3 POBLACIÓN

La población estuvo constituida por el total personas adultas inscritas en el Programa de control de HTA de la E.S.E escenario del estudio que a corte del mes de agosto de 2019 correspondió a 8.663.

3.4 MUESTRA

3.4.1 Cálculo de la muestra.

Del total de la población 8.663 se tomó una muestra de 368 personas adultas inscritas en el Programa de control de HTA de la ESE escenario del estudio calculada con un nivel de confianza de 95% (Z: 1.96), un margen de error (intervalo de confianza) del 5% (d =0,05) y una probabilidad de 0,5 (p=0,5 q=0,5) utilizando la fórmula matemática establecida para el cálculo de tamaño de muestra para poblaciones finitas que se muestra a continuación.

Formula

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z^2 * p * q}$$

En donde

N= Tamaño de la población

Z = nivel de confianza,

p = probabilidad de éxito, o proporción esperada

q = probabilidad de fracaso

d = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

3.4.2 Tipo de muestreo

se realizó un muestreo probabilístico utilizando el muestreo aleatorio estratificado teniendo en cuenta el total personas adultas inscritas en el Programa de control de

HTA en cada una de las sedes que contempla la ESE escenario del estudio, tal como se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Muestreo estratificado que define la muestra (n) en cada sede de la ESE.

Estrato	Poblaciones (N)	(WH= n/N)*	($n_1= WH \times n$)**
ESE Sede 1	1540	0,18	65
ESE Sede 2	2554	0,29	108
ESE Sede 3	1760	0,20	75
ESE Sede 4	2123	0,25	90
ESE Sede 5	686	0,08	29
TOTAL	8.663		368

Fuente: Base de datos de la ESE

*Fracción constante en cada submuestra

**Fracción constante por la muestra n

3.4.3 Unidad de análisis

Persona adulta con diagnóstico confirmado de HTA que decida voluntariamente participar en el estudio.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres y mujeres mayores de 29 años que estén inscritos en el Programa de control de HTA en la ESE escenario del estudio.
- Tiempo de diagnóstico de HTA mayor de 2 meses.

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Déficit mental, sensorial y/o cognitivo.
- Estado agudo de la HTA.

3.7 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información fue recolectada por el grupo investigador durante un periodo de tres meses en las salas de espera de la consulta externa de los diferentes hospitales de la E.S.E escenario del estudio.

Para recolectar la información se utilizó la fuente primaria mediante la aplicación del cuestionario características sociodemográficas y clínicas de la muestra (Ver Anexo A) que contempla las variables de interés para el estudio.

Para evaluar el autocuidado se utilizó el instrumento *Self-Care of Hypertension Inventory* (SC-HI) traducido al español como Inventario del Autocuidado de la hipertensión (Ver Anexo B). El SC-HI es de uso libre por tanto no requiere permiso de autores para su uso y está disponible gratuitamente en el sitio web: <http://www.self-careofheartfailureindex.com/>.

El SC-HI fue diseñado por Dickson et al⁶⁸, en el año 2017 a partir del proceso teórico de la TRM del Autocuidado en enfermedades crónicas⁶⁹ para reflejar las construcciones teóricas del mantenimiento, gestión y confianza del autocuidado.

El SC-HI cuenta con pruebas psicométricas que demuestran que es un instrumento válido y confiable para medir el autocuidado en HTA, reportando un alfa de Cronbach en la escala de mantenimiento de (11 ítems) de 0.83, gestión del autocuidado de 0.75 y confianza en el autocuidado de 0.83⁷⁰.

la sección A se refieren al mantenimiento de autocuidado y consta de 11 ítems que reflejan conductas promotoras de salud (adherencia al tratamiento y actividades de estilo de vida) necesarios para el control de la HTA como son los comportamientos comunes recomendados para personas con HTA: verificar la presión arterial, comer frutas y verduras, estar físicamente activo, acudir a citas médicas, comer una dieta baja en sal en casa y al salir a cenar, hacer ejercicio, tomar medicamentos, usar un sistema de recordatorio de medicamentos, comer alimentos bajos en grasa dieta y control de peso corporal. Los encuestados

⁶⁸ DICKSON, V. V., LEE, C., YEHLE, K. S., ABEL, W. M., & RIEGEL, B. Psychometric Testing of the Self-Care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017: 32 (5), 431-438. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000364>

⁶⁹ RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A. Op.Cit.,p.43

⁷⁰ DICKSON, V. V., LEE, C., YEHLE, K. S., ABEL, W. M., & RIEGEL, B. Op.Cit.,p.431

califican la frecuencia con la que participan en cada comportamiento en un escala de calificación ordinal (1, nunca o raramente a 4, siempre o diariamente)⁷¹.

la sección B se refieren a la gestión del autocuidado, consta de 6 ítems, que incluye una gestión consultiva (consultar a un proveedor de salud) con tres comportamientos de autocuidado: reconocer una presión sanguínea elevada, reducir la sal en la dieta y llamar a un proveedor de atención médica y una gestión autónoma con tres comportamientos de autocuidado: reducir estrés, tomar medicamentos regularmente, evaluar si la acción ayudó, que sugiere un proceso de toma de decisiones reflexivo, utilizando la experiencia pasada, las personas pueden reflexionar sobre las posibles razones de su síntoma o presión arterial elevada⁷².

La escala de gestión de autocuidado se completa y puntúa si los pacientes informan que la presión arterial ha sido alta, aunque sea brevemente en el último mes. En caso de que la respuesta sea no, esta dimensión no debe ser evaluada.

Para capturar la gestión, primero se pregunta a los encuestados qué tan rápido reconocieron que su presión arterial era alta (0 no reconocido, 1 no rápidamente a 4 muy rápidamente) A continuación se enumeran las acciones que las personas usan para controlar su presión arterial. Si su presión arterial sube, ¿qué posibilidades hay de que pruebe una de estas acciones? El encuestado debe indicar la probabilidad de que usen cada una de las 4 acciones recomendadas (reducir la sal en su dieta, reducir el estrés, tener cuidado de tomar los medicamentos recetados más regularmente y llamar al médico / enfermera para obtener orientación para controlar su presión arterial (1 no es probable y 4 muy probable). El último ítem de la escala gestión, mide la capacidad de evaluar la efectividad del tratamiento (0 no se intentó nada, 1 no seguro a 4 muy seguro)⁷³.

⁷¹ Ibíd. p. 433.

⁷² Ibíd. p. 433.

⁷³ Ibíd. p. 434.

La sección C consta de 6 ítems, que permiten evaluar la confianza en el autocuidado, en una escala de 4 puntos (1 no confía a 4 muy confía) se utiliza para evaluar la autoeficacia o confianza, en la capacidad de sí mismo para participar en cada elemento individual de autocuidado⁷⁴.

Interpretación de la puntuación del índice de autocuidado. Cada una de las tres escalas (mantenimiento, gestión y confianza) es puntuada por separado y se estandariza de 0 a 100 con un punto de corte de 70; las puntuaciones más altas indican un mejor autocuidado⁷⁵.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez recolectada la información se organizaron los datos en una base de datos diseñada por el grupo investigador en el Programa Microsoft Excel versión 2016, el cual permitió el análisis estadístico aplicando la estadística descriptiva calculando medidas de tendencia central (media, moda, mediana) y distribuciones de frecuencia absolutas y relativas para el diseño de tablas y gráficos de frecuencia para su respectivo análisis.

⁷⁴ Ibíd. p. 435.

⁷⁵ Ibíd. p. 432.

3.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el estudio se dio cumplimiento a los principios éticos universales de investigación en seres humanos, de acuerdo con las pautas éticas internacionales – CIOMS⁷⁶, la reglamentación colombiana para la investigación en salud Resolución 8430/1993 del ministerio de salud⁷⁷ y Ley 911 de 2004⁷⁸, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia.

3.9.1 Principios éticos

Se dio cumplimiento a los principios de respeto y autonomía. Los participantes tuvieron la oportunidad de decidir voluntariamente su participación en el estudio.

Cada uno de los participantes fue tratado con justicia de acuerdo con lo que se considera moralmente correcto y apropiado. Se protegieron los derechos y el bienestar de los participantes, se explicó que el estudio que no causaría riesgos ni daño deliberado dando así cumplimiento a los principios de justicia, beneficencia - no maleficencia

⁷⁶ CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) en colaboración con la Organización mundial de la salud. Pautas Éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. website: <http://www.bioética.ops-oms.org>

⁷⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 (OCTUBRE 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. website: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

⁷⁸ CONGRESO DE COLOMBIA. LAY 911 DE 2004 (OCTUBRE 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. website: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Se dio cumplimiento a la confidencialidad y privacidad, la identidad de los participantes fue protegida, mediante la utilización de códigos (001-368) para el registro de la información, para efectuar las mediciones estadísticas, el análisis y manejo de la información. La información se mantuvo bajo estricta confidencialidad, se conservará por dos años y solo estará disponible para fines investigativos que contribuyan a ampliar el conocimiento científico para el beneficio de las personas con HTA.

3.9.2 Tipo de riesgo.

De acuerdo con la Resolución 008430 de 1993, anteriormente citada, el tipo de riesgo del presente estudio se clasificó en la categoría Investigación sin riesgo teniendo en cuenta que emplearon técnicas y métodos de investigación documental y que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio.

3.9.3 Consentimiento informado.

La investigación contó con el Aval institucional y el consentimiento informado individual escrito (Anexo C) de cada uno de los participantes.

4. ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICA Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA

La tabla 3 muestra las características sociodemográficas de la muestra, se resalta que el promedio de edad fue de 65 años con una desviación estándar del 11,2, las edades máxima y mínima fueron de 91 años y 32 años respectivamente, la mayor parte de la muestra pertenece al curso de vida vejez (70,2%).

Tabla 3. Características sociodemográficas de la muestra (n=368). Autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Característica	Media [DE] F (%)	Característica	F (%)
Edad (en años)	65 [11,2]	Estado civil	
Adulthood (29-59)	52 [5,6] 107(29,1)	Soltero(a)	66 (18,0)
Vejez (>=60)	71 [7,8] 261(70,9)	Unión libre	165 (44,8)
Género		Casado(a)	70 (19,0)
Masculino	128 (34,8)	Viudo(a)	49 (13,3)
Femenino	240 (65,2)	Separado(a)	18 (4,9)
Nivel educativo		Ocupación	
Analfabeta	73 (19,8)	Hogar/desempleado	293 (79,7)
No estudio, lee y escribe	15 (4,1)	Trabajo informal	70 (19,0)
Primaria	213 (57,9)	Empleado	5 (1,3)
Secundaria	59 (16,0)		
Técnico	8 (2,2)		

Datos presentados en media, desviación estándar [DE] frecuencia absoluta (F) y relativa (%)

Fuente: Base de datos del estudio

Es importante destacar, que hubo un mayor porcentaje de mujeres hipertensas en la investigación (65,2%) y que la mayoría de la muestra tienen un nivel educativo bajo, pues el 19,8% son analfabetas y el 57,9% sólo cursó hasta básica primaria. La mayor parte tiene una relación de pareja en convivencia de unión libre (44,8) y

la ocupación predominante es el hogar y desempleo, pues se encuentran en el curso de vida vejez.(79,7%) (Ver tabla 3).

Ahora bien, estos resultados evidencian que en el género femenino la HTA es más prevalente que en el género masculino en la población añosa; los estudios revelan que esto es debido a factores biológicos que comprenden: sistema inmunológico, hormonas sexuales, información cromosómica, sistema renina-angiotensina aldosterona -SRAA- y sistema nervioso simpático⁷⁹.

Tabla 4. Características clínicas de la muestra (n=368). Autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Característica	Media [DE]	F (%)
Tiempo de diagnóstico de HTA		
< 1 año	3,1 [1,9]	30 (8,1)
1-5 años	3,4 [1,4]	170(46,2)
6-10 años	7,8 [1,6]	99 (27,0)
11-15 años	13,3[1,6]	32 (8,7)
16-20 años	19,1 [1,4]	18 (4,9)
21-30 años	26,1 [3,3]	14 (3,8)
>30 años	36,2 [4,1]	5 (1,3)
Eventos clínicos		
Urgencia		50 (13,6)
Hospitalización		19 (5,2)
Urgencia-hospitalización		1 (0,3)
UCI		2 (0,5)
N/A		296 (80,4)
Comorbilidad (Índice Charlson)		
Ausencia (0 -1)		354 (96,4)
Baja (1-2)		9 (2,4)
Alta (>3)		5(1,3)

Datos presentados en media, desviación estándar [DE] frecuencia absoluta (F) y relativa (%)

Fuente: Base de datos del estudio

Los hallazgos según género difieren con la prevalencia mundial de HTA en la población adulta estandarizada por edad del 24% en hombres y el 20% en mujeres; pero son similares en cuanto a la edad teniendo en cuenta que a nivel mundial la HTA es más frecuente en edades avanzadas que alcanza una prevalencia que supera el 60% de las personas de mayores de 60 años.

⁷⁹ CIANFAGNA DANIELA, MARTINEZ EVANGELINA, MARTINEZ ROCIO, MIRANDA GONZALO. Hipertensión en la mujer. 2014 [en línea] < <http://www.saha.org.ar/files/documents/HTA-en-la-mujer.pdf> > [citado el 30 de noviembre de 2019]

En cuanto a las características clínicas, se observa en la tabla 4 que la mayoría de las pacientes tienen un tiempo de diagnóstico entre 1 a 5 años (46,2%), seguido de 6 a 10 años (27%) y presentan ausencia de comorbilidad (96,4%). Un 80,4% de los pacientes niega haber tenido ingresos a urgencias, hospitalización o UCI en el último año.

Según los hallazgos de comorbilidad (índice de Charlson), teniendo en cuenta el marco teórico; es decir, la teoría de rango medio de autocuidado en enfermedad crónica, se puede establecer que el 2,4% de los pacientes que presentan comorbilidad baja y el 1,3% que presentan comorbilidad alta tienen mayor dificultad en su autocuidado, ya que para pacientes con múltiples comorbilidades el autocuidado puede resultar conflictivo cuando se considera para cada enfermedad por separado y también, cuando los pacientes intentan incorporar múltiples consejos de distintos profesionales de la salud.

4.2 ÍNDICE DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS ADULTAS CON HTA

En la tabla 5 se puede observar el índice de autocuidado por dimensión, nótese que la puntuación media fue baja tanto para el mantenimiento del autocuidado [Media 57: DE 11] así mismo en gestión del autocuidado [Media 45: DE 11]. Es importante resaltar que gestión tuvo una muestra de 40 adultos con HTA, debido a que esta sección del instrumento sólo se aplica a los pacientes que han tenido presión alta el último mes.

Tabla 5. Índice de autocuidado global según dimensión en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Dimensión	Media	DE	Mínimo	Máximo	Moda	Mediana	<70	>70
Mantenimiento del autocuidado (n=368)	57	11	30	94	55	55	319	49
Gestión del autocuidado (n=40)	45	19	17	94	50	42	36	4

Fuente: Base de datos del estudio

De acuerdo a los resultados son críticas las puntuaciones mínimas y máximas tanto en mantenimiento como en gestión del autocuidado, lo cual afecta notablemente la puntuación media estandarizada (0 – 100).

En la mayoría de los participantes el índice de autocuidado está por debajo de la puntuación media (<70), tanto en la dimensión mantenimiento (n=319; 87%) como en la gestión del autocuidado (n=36; 90%), por tanto se puede afirmar que el autocuidado es muy bajo en la muestra estudiada.

Al analizar los resultados se puede afirmar que hay déficit de autocuidado en la muestra estudiada. Estos hallazgos son similares a los resultados de estudios de la misma temática.

Reyes y Segura⁸⁰, en su estudio “analizar la importancia del autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” encontraron un déficit de autocuidado en su población estudiada. De igual forma, Vega Angarita⁸¹, en su estudio “Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta” hallaron que el 83.12% de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja y solo en el 10.7% de ellos su capacidad era alta. Y así mismo, Fernández y Manrique⁸², en su investigación “agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en el adulto mayor” encontraron que el 99,6% presentó baja agencia de autocuidado; es decir, casi toda la muestra escogida para el estudio.

⁸⁰ REYES P, SEGURA v. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del área de cobertura del Centro de Salud 29 de abril/. [en línea]. Repositorio.ug.edu.ec. 2018.<
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36246> > [citado 29 Nov 2019].

⁸¹ VEGA O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 133-145. Óp. cit.15

⁸² FERNANDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Óp. cit.46

4.2.1 MANTENIMIENTO DEL AUTOCUIDADO

En la tabla 6 se presentan los hallazgos del estudio teniendo en cuenta la distribución de frecuencia en cada uno de los ítems que miden el mantenimiento del autocuidado, con el fin de identificar qué acciones de autocuidado están influyendo en la puntuación obtenida en el resultado de autocuidado global teniendo en cuenta las acciones de autocuidado frente al ejercicio, la dieta, el tratamiento farmacológico, el control médico, de enfermería, el monitoreo de la presión arterial y el control del peso.

Tabla 6. Distribución de resultados en la dimensión Mantenimiento del autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Artículos o ítems		Nunca o raramente		Algunas veces		Frecuente		Siempre o diariamente	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Controlarse su presión arterial?	4	1,1	59	16,0	250	67,9	55	14,9
2	¿Comer muchas frutas y verduras?	2	0,5	131	35,6	177	48,1	58	15,8
3	¿Realizar alguna actividad física?	145	39,4	121	32,9	81	22,0	21	5,7
4	¿Asistir a las citas con el médico o la enfermera?	0	0,0	3	0,8	66	17,9	299	81,3
5	¿Comer una dieta baja en sal?	2	0,5	20	5,4	258	70,1	88	23,9
6	¿Hacer ejercicios durante 30 min?	143	38,9	111	30,2	87	23,6	27	7,3
7	¿Tomar medicamentos según lo prescrito?	3	0,8	7	1,9	42	11,4	316	85,9
8	¿Pedir alimentos bajos en sal, cuando sale a comer o visita a otros?	176	47,8	73	19,8	83	22,6	36	9,8
9	¿Usar un sistema que le ayude a recordar sus medicamentos? Por ejemplo, una caja de pastilla o recordatorio	235	63,9	45	12,2	54	14,7	34	9,2
10	¿Comer una dieta baja en grasa?	7	1,9	38	10,3	229	62,2	94	25,5
11	¿Intentar perder peso o controlar su peso corporal?	35	9,5	166	45,1	138	37,5	29	7,9

Fuente: Base de datos del estudio

Ejercicio. Se puede observar que los ítems 3 y 6 en la mayoría de los participantes obtuvieron la menor puntuación; lo que indica que nunca o raramente realizan alguna actividad física (39,4 %) o hacen ejercicios durante 30 minutos (38,9%). Al respecto los participantes manifestaron que (la edad avanzada, problemas articulares o enfermedades Oseas les limita realizar actividad física).

Según la OMS⁸³, la actividad física tiene importantes beneficios para la salud y contribuye a prevenir las enfermedades no transmisibles y la inactividad física es uno de los principales factores de riesgo de mortalidad a nivel mundial y factor de riesgo de padecer enfermedades no transmisibles (ENT), como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes.

la RIA de atención integral cerebro cardiovascular⁸⁴, recomienda que cada paciente, se le debe realizar un plan de ejercicio dependiente del estado de salud y las cifras tensionales, pero la meta a realizar debe ser al menos 120 minutos de actividad física a la semana.

Dieta. La mayoría de los participantes come frutas y verduras frecuentemente 48,1% y siempre o diariamente 15,8%. La OMS⁸⁵ manifiesta que el consumo de frutas y verduras en los pacientes con HTA es una de las formas de prevenir infartos, accidentes cerebrovasculares y daños renales, además de otros problemas de salud.

Un 70,1% de los participantes frecuentemente come una dieta baja en sal, un 62,2 % come una dieta baja en grasa. En el ítem 8 pide alimentos bajos en sal, cuando sale a comer o visita a otros, un 47,8 % de la muestra respondió que nunca o raramente, debido a que (generalmente no comían alimentos por fuera de

⁸³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019). Hipertensión. [en línea] Who.int.2019 < <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> > [citado 29 nov. 2019].

⁸⁴ REPUBLICA DE COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Rutas integrales de atención en salud (RIAS). [en línea] Minsalud.gov.co. 2018 < <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx> > [citado 3 dic. 2019].

⁸⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019). Hipertensión. [en línea] Who.int.2019 < <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> > [citado 29 nov. 2019].

casa o les daba vergüenza exigir alimentos bajos en sal). La OMS⁸⁶, indica que la reducción de la ingesta de sodio reduce significativamente la presión arterial en adultos con HTA.

Así mismo dentro de las intervenciones de la RIA de atención integral cerebro cardiovascular⁸⁷, se encuentra la educación sobre la alimentación de los pacientes con hipertensión arterial que esta debe incluir la reducción de la ingesta total de grasas tras, disminuir el consumo de sal y de bebidas azucaradas, consumir 5 porciones de frutas y verduras diariamente

Tratamiento farmacológico. El 85,9% manifestó tomar siempre o diariamente los medicamentos prescritos. Sainz Y Vásquez⁸⁸, afirman que el tratamiento farmacológico de la HTA ha demostrado ampliamente su eficacia al reducir la morbilidad y la mortalidad en todos los grupos de pacientes, independientemente de la edad, el sexo y la raza, y ha logrado disminuir los episodios coronarios, la insuficiencia cardíaca, los accidentes cerebrovasculares, el deterioro de la función renal y de la progresión de la HTA.

Por otra parte, la mayoría de los participantes (63,9 %) no usa un sistema que le ayude a recordar sus medicamentos. Por ejemplo, un pastillero u otro tipo de recordatorio. Al respecto manifestaron que “llevaban muchos años tomando pastillas que se volvió una rutina diaria”, argumentando que (para no olvidar tomar los medicamentos ubican las pastillas en lugares visibles de la casa como por ejemplo la mesa de comedor) Por su parte un 9,2 % utiliza un sistema de recordatorio como alarmas telefónicas o familiares le recuerdan la medicación.

⁸⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019). Hipertensión. [en línea] Who.int.2019 < https://www.who.int/elena/titles/sodium_cvd_adults/es/ > [citado 29 nov. 2019].

⁸⁷ REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD; Op.Cit.,p.34

⁸⁸ SAIZ B, VASQUEZ A. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial: Estudio de 200 casos [en línea]. Scielo.sld.cu. 2012. < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000300005 > [citado 29 November 2019].

Redfern⁸⁹, profesora de la universidad de Sídney, afirma que las aplicaciones móviles podrían potencialmente salvar vidas al ayudar a las personas con enfermedad coronaria a controlar sus medicamentos y además el uso de aplicaciones de recordatorio de medicamentos de alta calidad aumenta la adherencia de las personas a los medicamentos cardiovasculares.

Citas de control. El 81,3% de la muestra asiste siempre a las consultas de control con médico y de enfermería, lo cual puede contribuir positivamente en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la enfermedad mediante la educación en salud para mejorar el autocuidado, Urueta⁹⁰, afirma que una de las principales causas del mal control de los pacientes hipertensos es la falta de cumplimiento a las citas médicas o con enfermería, los pacientes que no acuden a las citas concertadas raramente realizan las indicaciones terapéuticas, además la falta de asistencia a los controles concertados supone un obstáculo importante para la eficacia de las intervenciones sanitarias.

Monitoreo. La mayoría de los participantes (67,9%) se controlan la presión arterial frecuentemente, manifestando que se dirijan a la IPS más cercana para la toma de la TA. Según Coca⁹¹, El control de la presión es una condición absolutamente necesaria para reducir el riesgo cardiovascular de los pacientes hipertensos. En el ítem 11 intentar perder peso o controlar su peso corporal, un 45,1 % de la muestra lo realiza algunas veces este control. Dentro de las intervenciones de la ruta de atención integral cerebro cardiovascular⁹², recomienda cada paciente debe reducir

⁸⁹ REDFERN J. Apps a timely reminder for those on heart medication [online]. The University of Sydney. 2018. < <https://sydney.edu.au/news-opinion/news/2018/08/27/apps-a-timely-reminder-for-those-on-heart-medication.html> > [cited 3 December 2019].

⁹⁰ ORUETA R, GOMEZ M. Factores relacionados con el incumplimiento a citas concertadas de un grupo de pacientes hipertensos [en línea]. Scielo.isciii.es. 2010. <<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n3/original.pdf> > [citado 3 Dic 2019].

⁹¹ COCA, A. Importancia del control de la presión arterial en la prevención de la morbilidad. [en línea] Revista Biomédica Revisada Por Pares. < <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/565> > [Citado 29 nov. 2019].

⁹² REPUBLICA DE COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD; Op.Cit.p;32

el peso corporal en caso de presentarse obesidad o sobrepeso a través de una combinación de intervenciones que promuevan la realización de actividad física y asesoría nutricional para disminuir el número de calorías en la dieta.

De acuerdo a los resultados, las acciones de autocuidado que influyeron en la baja puntuación obtenida están relacionadas con el ejercicio (ítems 3 y 6) y la dieta (ítem 9) que en su mayoría respondieron nunca o raramente y algunas veces

Por otra parte, las acciones de autocuidado que influyeron positivamente en la puntuación fueron controlarse la presión arterial, comer una dieta baja en sal y grasa (ítem 5 y 10), que en su mayoría respondieron que realizaban estas acciones frecuentemente.

4.2.2 GESTION DEL AUTOCUIDADO

La dimensión gestión del autocuidado la sección B del instrumento, se midió en 40 participantes (10.9%) que tuvieron presión alta en el último mes, en la cual se obtuvieron los siguientes resultados.

En la tabla 7 se puede observar que un 47,5% de la muestra que tuvo presión alta no lo reconoció y un 30 % no lo reconoció rápidamente. Pocos pacientes identificaron algunos síntomas, como dolor de cabeza y mareos.

Según Riegel et al⁹³, cuando los signos y síntomas se detectan temprano y se comprende su gravedad, se pueden tomar medidas antes de que la situación empeore. Los pacientes que son expertos en la gestión del cuidado personal pueden comunicar información a un profesional de la salud que facilitará la capacidad del proveedor para brindar la mejor atención.

⁹³ RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A. Op.cit.,p;23

Tabla 7. Distribución de resultados en gestión del autocuidado en personas adultas con HTA (n=40). Montería, 2019.

Ítem	No he tenido esto		No lo reconocí		No rápidamente		Algo rápido		Rápido		Muy rápidamente	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
12. ¿Qué tan rápido reconoció que su presión arterial estaba alta?	0	0	19	47,5	12	30	5	12,5	4	10	0	0

Fuente: Base de datos del estudio

Tabla 8. Distribución de resultados en la dimensión gestión del autocuidado en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

		No es probable		Algo probable		Probable		Muy probable	
		F	%	F	%	F	%	F	%
13	¿Reducir la sal en su dieta?	0	0,0	5	12,5	28	70,0	7	17,5
14	¿Reducir su nivel de estrés?	1	2,5	7	17,5	26	65,0	6	15,0
15	¿Tener más cuidado y tomar los medicamentos recetados regularmente?	1	2,5	6	15,0	24	60,0	9	22,5
16	¿Llamar al médico o enfermera para pedir orientación?	23	57,5	5	12,5	10	25,0	2	5,0

Fuente: Base de datos del estudio

Como se muestra en la tabla 8 un 70% de la población manifestó que es probable la reducción de sal en la alimentación. Mientras que un 12,5 % de la muestra manifiesta que es algo probable la reducción de sal en su dieta debido a que algunos informaban que los familiares le suministraban la alimentación diariamente, no teniendo control en la preparación de los mismos.

Según Romero⁹⁴, por cada 1 g de incremento de sodio (2,5 g de sal) excretado por día (estimador de la ingesta de sodio y consecuentemente de sal), la presión arterial sistólica (PAS) aumenta 2,11 mmHg y la diastólica (PAD) 0,78 mmHg.

Por otra parte en el ítem reducir el nivel de estrés un 65% de la muestra manifestaba que es probable. Es importante que los pacientes hipertensos manejen niveles de estrés muy bajo, según Molerio y García⁹⁵, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en trastornos como la HTA.

Un 60% de la muestra manifestó que es probable tener cuidado a la hora de la medicación. La OMS⁹⁶, afirma que el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes, está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de hnrresistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales.

Por otro lado, el 57,5 % de la población manifestó que no es probable llamar al médico o la enfermera para pedir orientación, estos manifestaban que los profesionales no facilitaban el número telefónico, ante cualquier síntoma ellos acudían al servicio de urgencias.

⁹⁴ ROMERO C, Ingesta de sal, presión arterial y morbilidad cardiovascular. El debate continúa y sube de tono [en línea]. Scielo.edu.uy. 2014. < http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000300004 > [citado 30 Nov 2019].

⁹⁵ MOLERIO O, GARCIA G. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial [en línea]. Scielo.sld.cu. 2014, < http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007 > [citado 30 Nov 2019].

⁹⁶ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS | El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura [en línea]. Who.int. 2013. < <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/> > [citado 30 Nov 2019].

De acuerdo a los resultados que las acciones de autocuidado que influyeron en la baja puntuación obtenida en el resultado de autocuidado están relacionadas las acciones, que tan rápido reconoció que su presión estaba alta (12), donde el 10% de la muestra respondió que no lo reconoció y llamar a un médico o enfermera (ítem 16) la mayoría respondió que no era probable.

Por otra parte, las acciones de autocuidado que influyeron positivamente en la puntuación fueron reducir los niveles de sal y estrés (ítems 13 y 14), tener más cuidado a la hora de tomar los medicamentos (ítem 15), que en su mayoría respondieron que era muy probable la realización de estas acciones.

4.3 FACTORES RELACIONADOS CON LOS COMPORTAMIENTOS DE AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS ADULTAS CON HTA

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la muestra se realizó un análisis teniendo en cuenta las variables que pueden influir en el autocuidado como son la edad, el género y el nivel educativo.

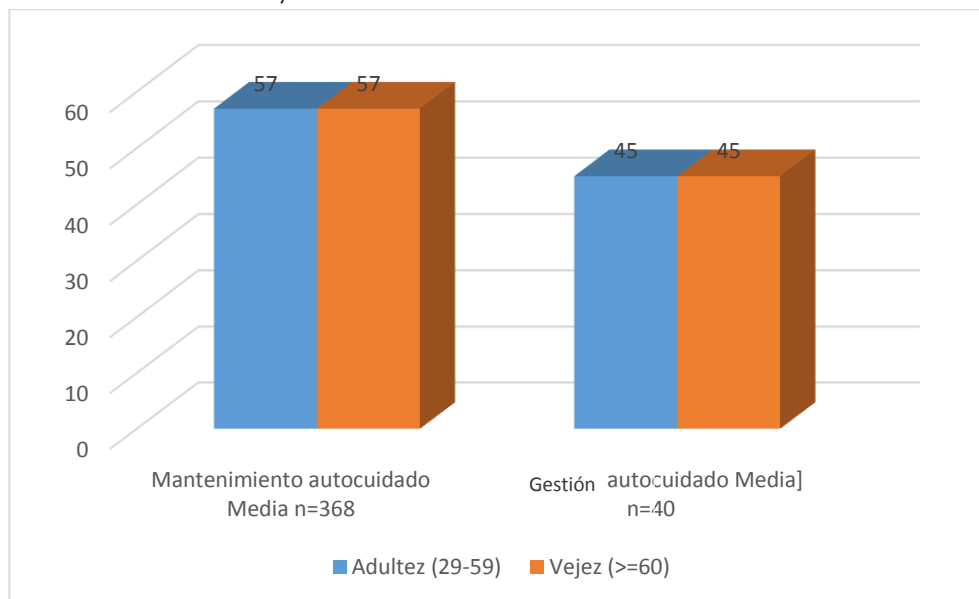
Tabla.9 Promedio del índice de autocuidado según la edad en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Edad	Mantenimiento autocuidado Media n=368	Gestión autocuidado Media n=40
Adulthood (29-59)	57 [13]	45[19]
Old age (>=60)	57 [11]	45[18]

Fuente: Base de datos del estudio

En cuanto a la edad se encontró que los pacientes que se encuentran en el curso de vida adulthood and old age have the same average of self-care both in maintenance and in management of self-care.

Gráfica.1 Promedio del índice de autocuidado según la edad en personas adultas con HTA. Montería, 2019.



Fuente: Base de datos del estudio

En este estudio no se encontró diferencias de autocuidado en ambos cursos de vida, a diferencia del estudio realizado por Contreras y Jordán⁹⁷, donde encontraron que el 68% de los participantes se encontró entre los 40 y 59 años, lo cual indica que son adultos en etapa madura y productiva; sin embargo, los resultados obtenidos fueron bajos, así mismo Paredes⁹⁸, en su estudio sobre el autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial afirma que la mayoría de personas con HTA presentan nivel inadecuado de autocuidado (68,4%). Aproximadamente de cada 10 adultos con HTA, 7 de ellos presentan un inadecuado autocuidado.

⁹⁷ CONTRERAS M, JORDAN M. Factores Condicionantes Básicos en la Capacidad de Autocuidado del Paciente con Hipertensión Arterial [Internet]. Index-f.com. 2011. <<http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-020.pdf>> [citado 4 Dic 2019].

⁹⁸ PAREDES V. AUTOCUIDADO Y NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL [Internet]. Repositorio.uns.edu.pe. 2015. <<http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/2739/30758.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> [citado 4 Dic 2019].

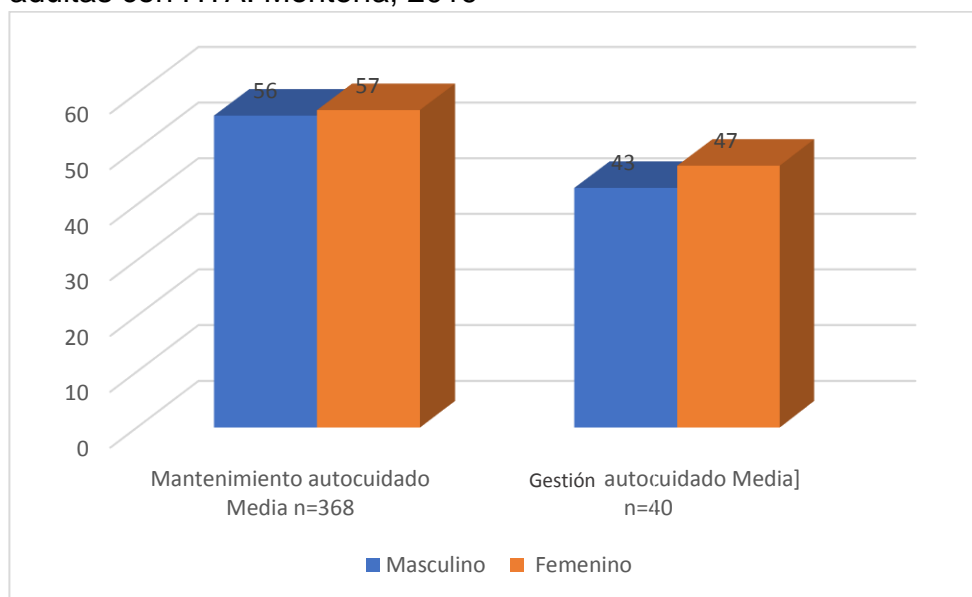
Tabla.10 Promedio del índice de autocuidado según el género en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

Genero	Mantenimiento autocuidado Media [DE] n=368	Gestion del autocuidado Media [DE] n=40
Femenino	57 [11]	47 [21]
Masculino	56 [12]	43 [13]

Fuente: Base de datos del estudio

En cuanto al género se encontró las mujeres tienen en promedio un mayor índice de autocuidado tanto en mantenimiento como en gestión del autocuidado, siendo mayor la diferencia en gestión 47 [21] pero con una variabilidad notoria teniendo en cuenta que la desviación estándar es muy alta.

Gráfica.2 Promedio del índice de autocuidado según el género en personas adultas con HTA. Montería, 2019



Fuente base datos del estudio

En el estudio se encontró que el género femenino tiene un mayor promedio de índice de autocuidado que los hombres, así mismo se encontró en el estudio de

Ofman Y Pereyra⁹⁹, donde la población femenina tiene mayor responsabilidad con la salud y Nutrición, en donde las mujeres puntuaron más alto que los varones, y en Actividad física y Autorrealización.

A diferencia de Aguado Y Márquez¹⁰⁰, quienes en su estudio afirman que Las mujeres de la población estudiada fueron mayores y con más comorbilidad que los varones pero en ellas se realizaron con menor frecuencia los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, ya que estas utilizaban prácticas de cuidado a diferencia de los hombres.

En cambio en otras investigaciones como la de Rodríguez¹⁰¹, encontró que no se apreció diferencia significativa en la capacidad de agencia de autocuidado según sexo.

Tabla 11. Promedio del índice de autocuidado según el nivel educativo en personas adultas con HTA. Montería, 2019.

	Mantenimiento autocuidado Media n=368	Gestión autocuidado Media] n=40
Analfabeta	56	35
No estudio, pero le y escribe	57	0
Primaria	57	45
Secundaria	57	44
Técnico	57	0

Fuente base datos del estudio

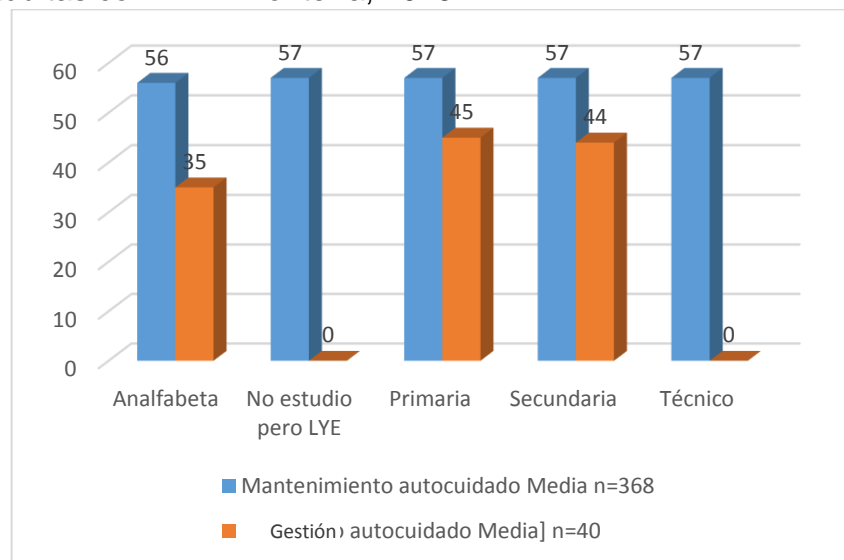
⁹⁹ OFMAN s, PEREYRA c. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género [en línea]. Uv.es.2013. < <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf> > [citado 1 Dic 2019].

¹⁰⁰ AGUADO m, MARQUEZ s. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía | Revista Española de Cardiología [en línea]. Revespcardiolog.org. 2010. <https://www.revespcardiolog.org/es-diferencias-entre-mujeres-varones-el-articulo-resumen-13091882> [citado 1 Dic 2019].

¹⁰¹ RODRIGUEZ m, ARREDONDO e, SALAMANCA y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia) [en línea]. Scielo.isciii.es. 2013. < http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200009 > [citado 1 Dic 2019].

En cuanto al nivel educativo se encontró que las pacientes analfabetas tienen menor promedio de autocuidado, los que no estudiaron, pero saben leer y escribir los que cursaron estudios de primaria, secundaria y técnico, tuvieron mayor promedio de índice de autocuidado en mantenimiento, en gestión los pacientes que cursaron estudio de primaria tuvieron un mayor promedio 45 [18] pero con una variabilidad notoria teniendo en cuenta que la desviación estándar es alta.

Grafica 3. Promedio del índice de autocuidado según el nivel educativo en personas adultas con HTA. Montería, 2019.



Fuente: Base de datos del estudio

Se encontró que las pacientes analfabetas presentaron bajo índice de autocuidado en mantenimiento como en gestión, igualmente Achury¹⁰², afirma que los pacientes con una baja capacidad de agencia de autocuidado tenían un nivel de escolaridad bajo.

Así mismo los pacientes que no saben leer y escribir, los que cursaron estudios de primaria ,secundaria y técnico , encontraron iguales índices de autocuidado altos en mantenimiento y confianza a diferencia de los pacientes analfabetas

¹⁰² ACHURY ET AL.Op.Cit.,p. 73

,Herrera¹⁰³, afirma que los participantes a pesar de solo haber realizado estudios hasta primaria presentan una alta capacidad de agencia de autocuidado, así mismo Riegel y Vaughan¹⁰⁴, afirman que los pacientes con más educación tienen mayor poder de juzgamiento a la hora de la toma de decisiones para mejorar las conductas de autocuidado.

El nivel educativo, también se relaciona con el conocimiento que se tenga de la enfermedad, cuanto mayor sea éste, mejor podrá actuar el paciente de acuerdo con los cambios de los síntomas de la enfermedad que observa día a día.

¹⁰³ HERRERA A. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena [en línea].2014, <<http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2637/1/INFORME%20FINAL%20CAPACIDAD%20DE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20EN%20PACIENTES%20HIPERTENSOS%20DE%20LA%20CONSULTA%20EXTERNA%20DE%20DOS%20INSTITUCIONES%20DE%20II%20Y%20III%20NIVEL%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>> [citado 1 Dic 2019].

¹⁰⁴RIEGEL B, VAUGHAN V. Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care. - PubMed - NCBI [online]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2007. <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17625462>> [cited 1 December 2019].

CONCLUSIONES

De acuerdo con la caracterización sociodemográfica el promedio de edad de la muestra fue de 65, las edades máximas y mínima fueron de 91 años y 32 años, el 70,2% pertenecen al curso de vida: vejez. Predominó el género femenino 65,2%, la mayoría de las pacientes tienen un nivel de escolaridad bajo.

En cuanto a las características clínicas, el tiempo de diagnóstico más frecuente fue de 1 a 5 años con el 46,2%, seguido de 6 a 10 años con un 27%. El 80,4% de los pacientes niega haber tenido ingresos a urgencias, hospitalización o UCI en el último año.

La puntuación media del índice de autocuidado fue baja tanto para el mantenimiento del autocuidado [Media 57: DE 11] como para gestión del autocuidado [Media 45: DE 11].

En la mayoría de los participantes el índice de autocuidado está por debajo de la puntuación media (<70), tanto en la dimensión mantenimiento ($n=319$; 87%) como en la gestión del autocuidado ($n=36$; 90%), por tanto, se puede afirmar que el autocuidado es muy bajo en la muestra estudiada.

De acuerdo con los resultados las acciones de autocuidado que influyeron en la baja puntuación obtenida en mantenimiento del autocuidado están relacionadas con las acciones de autocuidado frente al ejercicio (ítems 3 y 6) y la dieta (ítem 9) que en su mayoría respondieron nunca o raramente y algunas veces.

De acuerdo a los resultados que las acciones de gestión del autocuidado que influyeron en la baja puntuación obtenida en el resultado de autocuidado están relacionadas las acciones, que tan rápido reconoció que su presión estaba alta (ítem 12), donde el 10% de la muestra respondió que no lo reconoció y llamar a un médico o enfermera (ítem 16) la mayoría respondió que no era probable.

Teniendo en cuenta las características sociodemográficas de la muestra se realizó un análisis teniendo en cuenta las variables que pueden influir en el autocuidado como son la edad, el género y el nivel educativo

La mayoría de los pacientes que se encuentran en el curso de vida adultez (29,1 %) y vejez (70,9 %) tienen igual promedio de autocuidado tanto en mantenimiento como en gestión del autocuidado. En el género se encontró las mujeres tienen en promedio un mayor índice de autocuidado tanto en mantenimiento como en gestión del autocuidado, siendo mayor la diferencia en gestión [Media 47 DE 21] pero con una variabilidad notoria teniendo en cuenta que la desviación estándar es muy alta.

En nivel educativo se encontró que las pacientes analfabetas tienen menor promedio de autocuidado, los que no estudiaron, pero saben leer y escribir los que cursaron estudios de primaria, secundaria y técnico, tuvieron mayor promedio de índice de autocuidado en mantenimiento, en gestión los pacientes que cursaron estudio de primaria tuvieron un mayor promedio [Media 45 DE 18] pero con una variabilidad notoria teniendo en cuenta que la desviación estándar es alta.

RECOMENDACIONES

A LA E.S.E ESCENARIO DEL ESTUDIO

- Ajustar el programa de educación , donde se incluya tanto la participación del paciente como de su familiar o responsable en cuanto al proceso de autocuidado, especialmente de los pacientes con baja escolaridad y en el curso de vida vejez, con el fin de fomentar el autocuidado de la enfermedad en los pacientes y minimizando las posibles complicaciones.
- Implementar en los controles de enfermería la aplicación del instrumento “Inventario del Autocuidado de la hipertensión (Ver Anexo B)”, siendo este de uso público, con el fin de elaborar un diagnóstico del índice de autocuidado en sus pacientes y ejecutar un plan de cuidados.
- Realizar actividades encaminadas a fortalecer la educación en temas relacionados con: la realización de actividad física y ejercicios, educar en la importancia de consumir alimentos bajos en sal cuando se alimente por fuera de casa, enseñarles cómo utilizar métodos para recordar los medicamentos que toman diariamente

• PARA EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Se recomienda que el profesional de enfermería conozca y tenga en cuenta los aspectos mencionados en el instrumento utilizado en este estudio para brindar una atención y educación de calidad a los pacientes hipertensos, pues les permitirá fortalecer y mejorar las habilidades de autocuidado, así mismo se recomienda que encuentre actualizado en las guías de práctica clínica y normatividad vigente sobre hipertensión arterial.

A LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

En la formación de estudiantes enseñar la teoría de rango medio de las enfermedades crónicas, para fomentar su aplicación en la práctica especialmente en el rol educativo del profesional de enfermería.

En las líneas de investigación: seguir fomentando la realización estudios de investigación desde diferentes campos de acción de la profesión de enfermería, especialmente en el área de salud pública.

En los programas de extensión: proponer proyectos de extensión, comunitarios en las cuales permita el fomento de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas.

Realizar una nueva investigación en el año 2020 que evalúe el índice de autocuidado en adultos inscritos al programa de HTA del mismo escenario de estudio, con la finalidad de determinar si gracias a la implementación de la nueva ruta cerebro-cardio-vascular que establece la resolución 3280 ha habido mejoras considerables en el comportamiento de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACHURY, ET AL . Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 14 (2): 61-83, julio-diciembre de 2012. file:///C:/Users/Hewlett-PAckard/Downloads/4206-Texto%20del%20art%C3%ADculo-15134-1-10-20130114.pdf
2. BILAL M, SIDDIP K, SAAD m, SHAHNAWAZ w, AHMED b. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients. [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database. 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26383212> [cited 16 November 2019].
3. BIOMEDICA. Las enfermedades crónicas. 2018 [en línea] < <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4525/4016> > [citado el 16 de noviembre de 2019]
4. CERDA, M. Autocuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. [en línea].2015. [consultado 11 Sep. 2019]. Disponible en < <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Universidades-saludables-2013-NIC-001-Resena-Nacional.pdf> >
5. CHANG A, LEE E. Factors affecting self-care in elderly patients with hypertension in Korea [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search. 2017.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24954584>> [cited 16 November 2019].
6. COCA, A. Importancia del control de la presión arterial en la prevención de la morbimortalidad. [en línea] Revista Biomédica Revisada Por Pares. < <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/565> > [Citado 29 nov. 2019].
7. COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 3280 (2 agosto 2018). Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.Bogota.D.C.,2018.
8. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1993. P. 37.
9. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
10. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 1753 de 2015 Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.
11. CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS) en colaboración con la Organización mundial de la salud.

- Pautas Éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002. website: <http://www.bioética.ops-oms.org>
12. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004 (octubre 5). Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004. website: http://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-105034_archivo_pdf.pdf
 13. DESCRIPTORES EN CIENCIAS DE LA SALUD. Enfermería en Salud Pública [en línea]. Decs.bvs.br. <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>>[citado 17 Nov 2019].
 14. DICKSON V, COLBERT A, TURCK m. Self-care among Filipinos in the United States who have hypertension. [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database Search term Search. 2018.<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29422180>> [cited 16 November 2019].
 15. DICKSON, V. V., LEE, C., YEHLE, K. S., ABEL, W. M., & RIEGEL, B. Psychometric Testing of the Self-Care of Hypertension Inventory. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017: 32 (5), 431-438. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0000000000000364>
 16. FERNANDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. . Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Av. enferm., Volumen 29, Número 1, p. 30-41, 2011. ISSN electrónico 2346-0261. ISSN impreso 0121-4500. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>
 17. FERNANDEZ, Alba Rosa y MANRIQUE-ABRIL, Fred Gustavo. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Cienc. enferm.* [online]. 2010, vol.16, n.2 [citado 2019-12-01], pp.83-97. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200009&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200009>.
 18. FLOREZ D, GUTIERREZ M, GUEVARA M, GALLEGOS e. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Potosí, Bolivia [en línea]. Coloquioenfermeria2018.sld.cu. 2018. <<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1251>> [citado 15 Nov 2019].
 19. FLORES D, GUZMÁN F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara [en línea]. Scielo.org.bo. 2018. <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2225-87872018000100004&script=sci_arttext> [citado 15 Nov 2019].
 20. GARCIA BARRETO DAVID. Historia de la hipertensión. 2010 [en línea] <<http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf>> [citado el 17 de junio de 2019]

21. GOHAR F, GREENFIELD S, BEEVERS D. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database Search term Search. 2019 <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18261219>> [cited 16 November 2019].
22. GRUPO DE TRABAJO DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA (ESC) Y LA *EUROPEAN SOCIETY OF HIPERTENSIÓN* (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión Arterial. Rev Esp Cardiol. 2019; 72(2):160.e1-e78.p.6.
23. GU J, ZHANG X, WANT T, CHEN Q. Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China. [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database Search term Search. 2017.< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280973>>[cited 16 November 2019].
24. HEREDIA I. Habilidades de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial según la teoría de Dorothea Orem puesto de salud Policía Nacional del Perú Caraballo diciembre - 2017 [en línea]. Repositorio.upsjb.edu.pe. 2017.< <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/900> > [citado 15 Nov 2019].
25. HERNANDEZ, FERNÁNDEZ Y BATISTA. Metodología de la investigación. McGraw-Hill, 6 Ed. Bogotá. 2014, p. 92.
26. Herrera Lían,. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena. <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2637/1/INFORME%20FINAL%20CAPACIDAD%20DE%20AGENCIA%20DE%20AUTOCUIDADO%20EN%20PACIENTES%20HIPERTENSOS%20DE%20LA%20CONSULTA%20EXTERNA%20DE%20DOS%20INSTITUCIONES%20DE%20II%20Y%20III%20NIVEL%20DE%20ATENCION%20DE%20LA%20CIUDAD%20DE%20CARTAGENA.pdf>
27. HISTORIAS DE LA CIENCIA. La presión arterial, 2005 [en línea] < <http://www.historiasdelaciencia.com/?p=51> > [citado el 25 de mayo de 2019]
28. KISOKANTH G, ILANKOON I, ARULANANDEM k, SUNDARESAN k, GOONEWARDENA c, JOSEPH j. Perceptions, Attitudes and Self-care Practices on Management of Hypertension Among Hypertensive Patients at Teaching Hospital, Batticaloa District, Sri Lanka [online]. The Open Hypertension Journal. 2018.<<https://benthamopen.com/ABSTRACT/TOHYPERJ-10-1>> [cited 15 November 2019].
29. LUJAN J, OJEDA G, RAMIREZ M, GONA C, PRIORE m. Autocuidados de pacientes hipertensos. [en línea]. Repositorio.hospitalelcruce.org. 2018. < <https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/820> > [citado 15 Nov 2019].

30. REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Colombia – mayo 17 de 2017. [en línea] Minsalud.gov.co. <
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf> > [citado 30 Nov. 2019].
31. MORALES BERY. Estilos de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial [en línea]. repositorio universidad de san pedro. 2019. <
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/5940> > [citado 15 Noviembre 2019].
32. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Enfermedades crónicas. 2019 [en línea] <
https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/ > [citado el 15 de noviembre de 2019]
33. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2019). Hipertensión. [en línea] Who.int. 2019 <
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> > [citado 29 nov. 2019].
34. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Día mundial de la hipertensión 2017: conoce tus números 2017 [en línea] <
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es > [citado el 26 de mayo de 2019]
35. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Día Internacional de la Hipertensión Arterial 2014 [EN LINEA]. 2014. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/salud/problemas_de_salud/2014/05/17/219898.php [citado 26 Mayo 2019]
36. REPUBLICA DE COLOMBIA. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/Constitucion-Politica-Colombia-1991.pdf>
37. REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCIÓN NÚMERO 8430 DE 1993 (OCTUBRE 4). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. website: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
38. REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .RESOLUCIÓN 3202 DE 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud —PAIS y se dictan otras disposiciones
39. REPUBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL .RESOLUCIÓN 0429 DE 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud
40. REYES P, SEGURA V. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del área de cobertura del Centro de Salud 29 de abril/. [en línea].

- Repositorio.ug.edu.ec. 2018.< <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/36246> > [citado 29 Nov 2019].
41. RIEGEL B, JAARSMA T, STRÖMBERG A. A Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness. *Adv Nurs Sci*. 2012. (35), 3, 194-204. doi: 10.1097/ANS.0b013e318261b1ba. [Citado el 28 de julio de 2019].
 42. ROMERO C. Ingesta de sal, presión arterial y morbimortalidad cardiovascular. El debate continúa y sube de tono [en línea]. *Scielo.edu.uy*. 2014. < http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202014000300004 > [citado 30 Nov 2019].
 43. SAIZ B, VASQUEZ A. Tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial: Estudio de 200 casos [en línea]. *Scielo.sld.cu*. 2012. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232002000300005> [citado 29 November 2019].
 44. SERPA FLOREZ FERNANDO. Datos históricos sobre la hipertensión arterial: breve recuento histórico [en línea] < http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/datos_historicos.pdf > [citado el 25 de mayo de 2019]
 45. SEWUNET A, FEKADU A, DEBELA D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia [online]. *US National Library of Medicine National Institutes of Health Search databaseSearch term Search*. 2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341627> [cited 15 November 2019]
 46. SILVA C, DICIERO M, TELXEIRA F, SOUZA E, OLIVEIRA E. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care [online]. *rev rene*. 2018. https://www.researchgate.net/publication/295839820_Self-care_practice_of_patients_with_arterial_hypertension_in_primary_health_care [cited 15 November 2019].
 47. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. Los astrofísicos, Stephen Hales y la primera medición de la presión arterial. 2017 [en línea] < <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/los-iatrofisicos-stephen-hales-y-la-primer-medicion-de-la-presion-arterial/> > [citado el 25 de mayo de 2019]
 48. SOCIEDAD ARGENTINA DE CARDIOLOGIA. Cómo tomamos hoy la presión arterial: Riva Rocci y Korotkov. 2017 [en línea] < <https://www.sac.org.ar/historia-de-la-cardiologia/como-tomamos-hoy-la-presion-arterial-riva-rocci-y-korotkov/> > [citado el 25 de mayo de 2019]
 49. SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR. Hipertensión: realidad de la enfermedad.2016 [en línea] < <http://corazonesresponsables.org/cuidado-corazon/hipertension/#top> > [citado el 26 de mayo de 2019]
 50. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CARDIOLOGÍA, SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la

- hipertensión arterial. 2018 [en línea] <
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013_2_spa.pdf;jsessionid=FDEA090A1D61C13674F12AA5A347057E?sequence=1
 > [citado el 16 de junio de 2019]
51. SOLEDISPA D, JAIME N. Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial [en línea]. Repositorio.unesum.edu.ec. 2019. <
<http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/1662> > [citado 15 Nov 2019].
 52. TAFUR, C., VASQUEZ, L., KEIKO, M. AND REINA, N. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos. 2017. [en línea] Repositorio.unapiquitos.edu.pe.
 <<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4871> > [citado 15 nov. 2019].
 53. VEGA O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2014; 30 (2): 133-145 <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a05.pdf>
 54. VEGA, SUAREZ Y ACOSTA. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev. colomb. enferm. • Abril de 2015 • Volumen 10 • Año 10 • Págs. 45-56 <file:///C:/Users/Hewlett-PAckard/Downloads/579-Art%C3%ADculo-574-1-10-20150821.pdf>
 55. WARREN J, SEYMOUR R, BRUNNER R. The Association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-Care Activities Among African American Adults [online]. Journal of Community Health. 2017. <
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-011-9410-6> > [cited 15 November 2019]
 56. ZINAT F, CHAMAN R, SADHEGI E, ESLAMI A. Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients [online]. US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database Search term Search. 2017 .< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5004506/> > [cited 16 November 2019].
 57. CIANFAGNA DANIELA, MARTINEZ EVANGELINA, MARTINEZ ROCIO, MIRANDA GONZALO. Hipertensión en la mujer. 2014 [en línea] <
<http://www.saha.org.ar/files/documents/HTA-en-la-mujer.pdf> > [citado el 30 de noviembre de 2019]
 58. OFMAN S, PEREYRA C. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género [en línea]. Uv.es. 2013. <
<https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf> > [citado 1 Dic 2019].
 59. AGUADO M, MARQUEZ S. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía | Revista Española de Cardiología [en línea]. Revespcardiol.org. 2010. <https://www.revespcardiol.org/es-diferencias-entre-mujeres-varones-el-articulo-resumen-13091882> [citado 1 Dic 2019].

ANEXOS

ANEXO A

Anexo A. Ficha de características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

FICHA CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS - ADULTOS CON HTA

Fecha: _____

Código: _____

Características sociodemográficas

- SEXO: Masculino ____ Femenino ____ EDAD (años cumplidos) _____
- ESCOLARIDAD: analfabeta ____ No estudio, pero sabe leer y escribir ____ Básica primaria ____
Básica ____ ssecundaria ____ Técnico ____ Profesional ____
Otro _____
- Nivel socioeconómico (SISBEN): 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____
- Municipio _____ Zona U ____ R ____
- ESTADO CIVIL: soltero ____ casado ____ unión libre ____ viudo ____ separado ____
- OCUPACIÓN: hogar ____ empleado ____ comercio ____ jubilado ____ otro ____
- Seguridad social: Contributivo ____ subsidiado ____
EPS _____

Características clínicas

- Tiempo desde el diagnóstico (años) _____ o meses _____
- Frecuencia de ingresos hospitalarios en el último año: urgencias ____ hospitalización ____
UCI ____
- Comorbilidad: IAM ____ DM ____ ECV ____ EPOC ____ IC ____ ER ____ Ca ____ otra _____

Cuestionario creencias sobre la medicación

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos	1	2	3	4	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	1	2	3	4	5
3. La mayoría de medicamentos crean adicción	1	2	3	4	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	1	2	3	4	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien	1	2	3	4	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	1	2	3	4	5
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos	1	2	3	4	5
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos	1	2	3	4	5

medicamentos					
1. Actualmente mi salud depende de la medicación	1	2	3	4	5
2. Me preocupa tener que tomar medicamentos	1	2	3	4	5
3. Mi vida sería imposible sin medicación	1	2	3	4	5
4. A veces me preocupo por los efectos a largo plazo de la medicación	1	2	3	4	5
5. Sin medicación estaría muy enfermo/a	1	2	3	4	5
6. Los medicamentos son un misterio para mí	1	2	3	4	5
7. En el futuro mi salud dependerá de la medicación	1	2	3	4	5
8. Los medicamentos trastorna/n mi vida	1	2	3	4	5
9. A veces me preocupo por si llego a ser demasiado dependiente de la medicación	1	2	3	4	5
10. la medicación impide que mi enfermedad empeore	1	2	3	4	5

ANEXO B

Anexo B. Inventario del Autocuidado de la hipertensión (versión español)

AUTOCUIDADO DE LA PRESIÓN ARTERIAL ALTA. V2.0

Todas las respuestas son confidenciales.

Fecha: _____ Código _____

Piense en cómo se ha sentido en el último mes para responder las siguientes preguntas.

SECCIÓN A:

A continuación, se enumeran instrucciones comunes para personas con presión arterial alta. ¿Con qué frecuencia haces lo siguiente? Encierra en un círculo un número para cada ítem.

	Nunca o raramente	Algunas veces	Frecuente	Siempre o diariamente
1. ¿Controlarse su presión arterial?	1	2	3	4
2. ¿Comer muchas frutas y verduras?	1	2	3	4
3. ¿Realizar alguna actividad física?	1	2	3	4
4. ¿Asistir a las citas con el médico o la enfermera?	1	2	3	4
5. ¿Comer una dieta baja en sal?	1	2	3	4
6. ¿Hacer ejercicio durante 30 minutos?	1	2	3	4
7. ¿Tomar medicamentos según lo prescrito?	1	2	3	4
8. ¿Pedir alimentos bajos en sal cuando sale a comer o visita a otros?	1	2	3	4
9. ¿Usar un sistema que le ayude a recordar sus medicamentos? Por ejemplo, use una caja de pastillas o recordatorios.	1	2	3	4
10. ¿Comer una dieta baja en grasas?	1	2	3	4
11. Intentar perder peso o controlar su peso corporal	1	2	3	4

SECCIÓN B:

Muchos pacientes tienen dificultades para controlar su presión arterial. En el último mes, ¿ha tenido alta su presión arterial, aunque sea levemente? Encierre en un círculo. NO ____ SI ____

12. Si tuvo problemas para controlar su presión arterial en el último mes. (Encierre en un círculo un número)

	No he tenido esto	No lo reconocí	No rápidamente	Algo rápido	Rápido	Muy rápidamente
¿Qué tan rápido reconoció que su presión arterial estaba alta ?	N/A	0	1	2	3	4

A continuación, se enumeran las acciones que las personas usan para controlar su presión arterial. Si su presión arterial aumenta, ¿qué probabilidades hay de que intente alguna de estas acciones? (Encierre en un círculo un número).

	No es probable	Algo probable	Probable	Muy probable
--	----------------	---------------	----------	--------------

13. Reducir la sal en su dieta.	1	2	3	4
14. Reducir su nivel de estrés.	1	2	3	4
15. Tener más cuidado y toma los medicamentos recetados Regularmente	1	2	3	4
16. Llamar al médico o a la enfermera para pedirle orientación	1	2	3	4

17. Piensa en una acción que intento la última vez que subió su presión arterial. (Encierre en un círculo un número)

	No intente nada	No estaba seguro	Algo seguro	Seguro	Muy seguro
¿Qué tan seguro estabas de que la acción ayudó o no ayudó?	0	1	2	3	4

Muchas gracias por su participación

Anexo C. Consentimiento informado

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN INVESTIGACIONES

El estudio ***autocuidado en los pacientes hipertensos de una institución prestadora de servicios de salud de Montería*** desarrollado por los estudiantes Juliana Gissele Herazo Cogollo con CC N° 1067962780 y Maylen Mishell Caballero Ramos con CC N° 1003193407 tiene como objetivo: Evaluar el índice de autocuidado en las personas adultas con HTA inscritas al programa de control de una institución prestadora de salud de la ciudad de Montería-Córdoba.

Usted fue seleccionado/a para participar en este estudio y aplicar la prueba.

GARANTÍAS PARA SU PARTICIPACIÓN

Es importante que usted conozca que la información suministrada por usted se mantendrá bajo estricta confidencialidad y en ningún caso se utilizará su nombre o cualquier otra información de tipo personal.

Usted contribuirá con este estudio respondiendo un cuestionario acerca de autocuidado.

Por lo tanto, yo _____ de manera voluntaria decido participar como informante en el proyecto autocuidado en los pacientes hipertensos de una institución prestadora de servicios de salud de Montería.

Firma

Documento de identificación